



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**Escuela de Posgrado**

Tesis

**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA Y ADHERENCIA DE LAS GESTANTES  
A SU CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL ACAPULCO – DIRESA CALLAO**

2014

Para optar el grado académico de:

**MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**Carmela Teresa, DONAYRE MUÑANTE**

Lima – Perú

2017

Tesis

**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA Y ADHERENCIA DE LAS GESTANTES  
A SU CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD  
MATERNO INFANTIL ACAPULCO – DIRESA CALLAO**

2014

Asesor:

**Luis Alex Alzamora de los Godos Urcia Ph. D.**

## **DEDICATORIA**

A DIOS que siempre me ha guiado por los caminos adecuados. Este era el momento que decidiste que terminara mi Tesis, ni ayer ni mañana, sino hoy.

Gracias por estar siempre conmigo.

Carmela Teresa

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Norbert Wiener, por darme la oportunidad de realizar mis estudios de Post Grado y permitirme ser mejor profesional.

Al Centro de Salud Materno Infantil Acapulco de la DIRESA Callao, por permitirme llevar a cabo la ejecución de mi trabajo de investigación.

Al Doctor Luis Alzamora De Los Godos, asesor por sus sabias enseñanzas que me permitieron ser analista, crítica e investigadora en el desarrollo de mi trabajo de investigación.

A la Magister María del Rosario Gutiérrez Campos, por su aporte en la Validación de Experto, siendo de gran utilidad a mi trabajo de investigación.

A la Magister Inés Luisa Anzualdo Padilla, por su aporte en la Validación de Experto, que sirvieron para mejorar mi trabajo de investigación.

Al Magister Luis Jesús Gutiérrez Campos, por su aporte en la Validación de Experto, que valieron para perfeccionar mi trabajo de investigación.

CARMELA TERESA

## **INDICE**

Resumen.....	IX
Abstract.....	X
Introducción.....	XI
Declaratoria de Autenticidad.....	XIV

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	15
1.2. Identificación y formulación del problema	
1.2.1. Problema general.....	20
1.2.2. Problemas específicos.....	20
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general.....	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	21
1.4. Justificación de la investigación.....	22
1.5. Limitación de la investigación.....	24

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación.....	26
2.1.1. Antecedente Internacionales.....	26
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	32
2.2. Bases legales	
2.2.1. Normas internacionales.....	36
2.2.2. Normas nacionales.....	37
2.3 Bases teóricas.....	38
2.4. Formulación de hipótesis	
2.4.1. Hipótesis general.....	49

2.4.2. Hipótesis específicas.....	49
2.5. Operacionalización de variables e indicadores.....	51
2.6. Definición de términos básicos.....	53

### CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación.....	56
3.2. Diseño de la investigación.....	57
3.3. Población y muestra.....	58
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
3.4.1 Descripción de instrumentos.....	60
3.4.2 Validación de instrumentos.....	62
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	64

### CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos.....	66
4.2. Prueba de hipótesis.....	76
4.3. Discusión de resultados.....	78

### CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	86
Recomendaciones.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	90

### ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia.....	96
Anexo 2: Instrumento.....	100
Anexo 3: Variables.....	104
Anexo 4: Data de resultados.....	109

## Lista de Tablas

Tabla 1. Población y muestra de gestantes que ingresaron el 2014 al servicio obstetricia del centro de salud materno infantil Acapulco DIRESA Callao.....	59
Tabla 2. Juicio de Expertos.....	63
Tabla 3. Dimensiones de la Variable calidad de atención del profesional de obstetricia.....	69
Tabla 4. Calidad de atención del profesional de obstetricia.....	70
Tabla 5. Dimensiones de la variable adherencia de la gestante al control prenatal.....	70
Tabla 6. Adherencia de la gestante al control prenatal.....	71
Tabla 7. Competencia técnica del profesional de obstetricia y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	71
Tabla 8. Abastecimiento de insumos esenciales y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	72
Tabla 9. Información brindada a la gestante y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	72
Tabla 10. Interrelación profesional de obstetricia – gestante y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	73
Tabla 11. Seguimiento de la usuaria y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	73
Tabla 12. Accesibilidad, disponibilidad del servicio de obstetricia y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	74
Tabla 13. Calificación de la organización del servicio por parte de la usuaria y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	74
Tabla 14. Aceptabilidad del servicio de obstetricia y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	75

Tabla 15. Calidad de atención del profesional de obstetricia y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal.....	77
--	----

**Gráficos:**

Gráfico 1. Edad de las gestantes.....	66
Gráfico 2. Estado civil de las gestantes.....	67
Gráfico 3. Grado de instrucción de las gestantes.....	67
Gráfico 4: Número de gestaciones previas.....	68
Gráfico 5. ¿La gestante trabaja? .....	68

## Resumen

En el informe de la investigación denominada Calidad de Atención del Profesional de Obstetricia y Adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco – Callao, se consideró como objetivo caracterizar el grado de cumplimiento de las gestantes a sus CPN y las limitantes relacionados con la atención recibida.

Es una investigación con enfoque cuantitativo, aplicada, no experimental, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 40 gestantes, al aplicar la fórmula de cálculo para dos variables cualitativas se obtuvo una muestra de 36. Las gestantes fueron encuestadas aplicando un cuestionario estructurado. Se analizaron los datos utilizando métodos estadísticos descriptivos y para encontrar la significancia de los resultados se aplicó la prueba de chi cuadrado,

Al realizar la prueba de hipótesis se tuvo un resultado de  $X^2_{\text{tabla}} = 3,84$  y  $X^2_{\text{prueba}} = 12,857$  rechazándose la Hipótesis nula y aceptando la hipótesis de estudio.

Palabras clave: calidad de atención, control prenatal, adherencia al control prenatal.

## **ABSTRACT**

In the report of the research entitled Quality of Attention of the Obstetrics Professionals and Adherence of the pregnant women to their prenatal control in the Acapulco Health Center – Callao, the objective was to characterize the degree of compliance of pregnant women with their prenatal controls and the limitations related to the care received.

It is a research with a quantitative, applied, non-experimental, transversal approach. The study population consisted of 40 pregnant women, when applying the calculation formula for two qualitative variables, a sample of 36 was obtained.

The pregnant women were surveyed by applying a structured questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistical methods and to find the significance of the results the chi-square test was applied

When performing the hypothesis test, we had a result of  $X^2$  table = 3.84 and  $X^2$  test = 12.857, rejecting the null hypothesis and accepting the study hypothesis.

Keywords: quality of care, prenatal care, adherence to prenatal care.

## INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación surgió por la importancia de disminuir los casos de muerte materna, considerando que la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública. En ese sentido la atención de la gestante en forma periódica y según programación establecida desde el inicio de la gestación viene siendo una estrategia importante en la prevención de muertes maternas; sin embargo advertimos que este control muchas veces no se cumple. Siendo el profesional de obstetricia el que está ligado directamente a esta atención, se investigó la relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal. Basado en este planteamiento se buscó información teórica relevante sobre calidad de atención en salud y acerca de la adherencia de las gestantes a su control prenatal; lo que permitió la consolidación del marco teórico que sustenta la presente tesis. Se diseñó un cuestionario estructurado como instrumento para la recolección de datos, que se aplicó bajo la modalidad de entrevista. Dicho instrumento fue validado por Juicio de Expertos, Prueba Piloto, validez estadística y medida de la confiabilidad, asegurando la utilidad de los datos. Se entrevistó a 36 mujeres seleccionadas que estuvieron gestando en el 2014. Luego de relacionar las variables calidad de atención a la gestante y adherencia

de las gestantes a su control prenatal; al término del estudio se obtuvo un resultado de  $X^2 = 12.857$  y  $p=0.0003$ , encontrando una relación estadística altamente significativa; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de estudio.

La presente investigación consta de cinco capítulos cuyo contenido se describe a continuación:

El Capítulo I: Planteamiento del problema, contiene referencias internacionales y nacionales relacionadas a calidad de atención y cumplimiento del control prenatal, preguntándonos sobre la relación existente entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco; trazando como objetivo determinar dicha relación con la finalidad de que los hallazgos que se obtengan sirvan para iniciar un proceso de mejora en el servicio de obstetricia, lo que redundará en beneficio de las gestantes.

En el Capítulo II: Marco Teórico, se detalla los antecedentes internacionales y nacionales así como la fundamentación científica y teórica importantes para el trabajo de investigación; asimismo se tomó de apoyo trabajos de investigación tanto internacionales como nacionales relacionados con el problema esbozado. Se planteó una hipótesis general, y ocho hipótesis específicas, mediante las cuales se estableció la relación entre las variables de estudio del presente trabajo de investigación. Se especifican los conceptos, las características y aspecto principales de la variable Calidad de atención (V1) y sus ocho dimensiones: competencia técnica, abastecimiento de medicamentos,

información brindada, interrelación profesional-usuaria, sistema de seguimiento, accesibilidad, organización del servicio y aceptabilidad de las gestantes. Asimismo los conceptos de la variable Adherencia al control prenatal y sus seis dimensiones: inicio de control prenatal, frecuencia y número de controles, cumplimiento de exámenes auxiliares, toma de medicamentos y sesiones de psicoprofilaxis.

En el Capítulo III: Metodología, contiene los planteamientos metodológicos que sigue la investigación, Se consideró el enfoque cuantitativo, tipo de estudio aplicada, diseño no experimental, transversal. La población fue 40 gestantes que iniciaron su control prenatal en el 2014, obteniéndose una muestra de 36 gestantes utilizando la fórmula de cálculo para dos variables cualitativas. El instrumento fue un cuestionario estructurado de diecinueve preguntas, seis de las cuales se refieren a aspectos generales, ocho preguntas referidas a la variable calidad de atención de la obstetrix(tra) y cinco a la variable adherencia al control prenatal, haciendo luego un recorrido por lo que fue el desarrollo de la investigación y el procesamiento de datos.

En el Capítulo IV: Presentación y análisis de resultados, se describen los resultados obtenidos así como el análisis e interpretación de los mismos.

En el Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, se aborda una síntesis de las conclusiones más relevantes, consideraciones finales e implicaciones de la investigación, presentación de la propuesta de mejora y sugerencias para la mejora del servicio.

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, Carmela Teresa Donayre Muñante, identificada con D.N.I. 25458704; declaro que la presente Tesis: “Calidad de atención del profesional de obstetricia y adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Acapulco – DIRESA Callao” ha sido realizada por mi persona, utilizando y aplicando la literatura científica referente al tema, precisando la bibliografía mediante las referencias bibliográficas que se consignan al final del trabajo de investigación. En consecuencia, los datos y el contenido, para los efectos legales y académicos que se desprenden de la tesis son y serán de mi entera responsabilidad.



Carmela Teresa Donayre Muñante

DNI: 25458704

## **CAPÍTULO I:**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la gestante a la institución de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo no todas las mujeres acceden al control prenatal y de las que sí tienen acceso, algunas no cumplen con la regularidad de la asistencia al mismo ni con las recomendaciones del profesional de obstetricia. Idealmente el control prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad. La OMS en las Estadísticas Mundiales del 2012 indica que tuvieron una consulta prenatal el 74% de embarazadas en África (22% en Somalia), 76% en Asia y 95% en las Américas; asimismo tuvieron 4 consultas prenatales el 43% de embarazadas en África (6% en Somalia), 52% en Asia

y 87% en las Américas. Entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja situación socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. En una revisión sobre el uso de servicios de salud materna se encontró una amplia variación parcialmente relacionada con la financiación y la organización de la atención. De otro lado la adherencia del personal de salud al uso de protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada gestante, la actitud institucional, la insuficiente capacitación técnica científica y otros. Asimismo algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal (1).

En la ENDES 2013 se encontró que el 77.4 por ciento de las mujeres encuestadas a nivel nacional tuvieron su primera atención prenatal antes de cumplir cuatro meses de embarazo (80.4% en el área urbana y 70.3% en el área rural). Los controles de rutina más frecuentes en la atención prenatal fueron el control del peso (99.6%), la altura uterina (99.4%) y la presión arterial (99.5%) los que fueron realizados a casi todas las mujeres que recibieron la atención. La explicación de las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo fue realizada en el 93.0 por ciento de las mujeres. La toma de muestra de orina se realizó al 92.5% de mujeres y la de sangre al 93.6%. El 88.5% recibió anti anémico (2).

Según la organización mundial de la salud (1,985) la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de

servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (3).

Respecto a la calidad de atención a las gestantes, pese a no contarse en el país 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 deducir 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 (4)

Para alcanzar la calidad, la ubicación estratégica de los establecimientos de salud y la organización de los mismos es clave. La infraestructura actual de los establecimientos del primer nivel es limitada. Asimismo en lo que al personal se refiere muchos de nuestros centros de atención básica no cuentan con los recursos humanos suficientes para manejar el volumen poblacional que se encuentra en su jurisdicción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone que debería haber 1 médico por cada 1000 habitantes pero en nuestra realidad la relación llega, en el mejor de los casos, hasta 1 por 3000; dificultando atender a tiempo los problemas de salud de la población. Actualmente se maneja presupuestos por productividad lo que lleva a tener que atender en unos casos 20 a 25 pacientes en 6 horas teniendo solo 15 a 20 minutos para realizar una

buena historia clínica, un adecuado examen físico, establecer un diagnóstico, dar un tratamiento, explicar y aconsejar al paciente, esclarecer las dudas, comprometiendo la calidad de atención. Sumado a esto en el día a día las consultas casi nunca empiezan a la hora determinada, los pacientes o el profesional de la salud no suelen estar a tiempo, las historias clínicas se pierden y una serie de situaciones que disminuyen el tiempo de atención y con él la calidad de la misma. La consecuencia se puede mostrar con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares 4 la cual muestra que en el año 2004, en Lima Metropolitana, solo el 47,8% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención, de ellos solo el 19,1% lo hizo en algún establecimiento del MINSA mientras que un 8,3% lo hizo en una farmacia. Para fines del año 2010 un 64,5% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención, pero disminuyó a 15,3% los que acudieron a un establecimiento del MINSA y se elevó a un alarmante 23,7% los que concurrieron a una farmacia. A nivel de zonas rurales sucedió lo mismo, aumenta el número de personas que buscan atención en salud pero lo hace a expensas de una atención en farmacia, lugar que no es el adecuado para solucionar su problema. En lo que se refiere a las razones por las cuales las personas no acuden a recibir atención, muestra que en el 2004 un 24,7% no lo hizo por falta de dinero, un 12,3% no lo hizo porque el centro se encontraba lejos, falta de confianza con el personal o porque demoraban la atención y 11% alegaba otras razones como “maltrato por parte del personal de salud”. Para fines del 2010 la población que no se atendió por falta de dinero fue solo 12,2% (12% menos

que en el 2004), los que no lo hicieron porque el centro se encontraba lejos, falta de confianza con el personal o porque demoraban la atención aumentó hasta un 16,2% (4 puntos porcentuales) y los que alegaban otras razones como “maltrato por parte del personal de salud” aumentó a un 28,5% (17 puntos porcentuales). Las mismas tendencias se repiten a nivel rural. Parte de la calidad de atención en salud corresponde a difundir la información a través de los distintos medios enfocando siempre las patologías de predilección en cada zona. En cuanto a los procesos de atención a un paciente, éstos tienden a ser engorrosos, desde la obtención de la consulta hasta la recepción del tratamiento. Por ejemplo citamos a Gutiérrez et al(2005) (5) quienes concluyen que en un hospital de la capital el tiempo de espera promedio para la obtención de su tratamiento en farmacia (que a veces no hay) es de 37 min y puede prolongarse en algunos casos hasta 51 min a diferencia de países europeos como Inglaterra que el promedio es de 19 min Lo mismo sucede en el caso de exámenes de ayuda al diagnóstico, los cuales demoran en entregarse porque no siempre se cuentan con los reactivos o insumos necesarios. La atención en salud hasta hace unos años era meramente recuperativa pero la tendencia actual es completamente distinta, se desea tener una atención en salud de tipo preventivo promocional con el fin de evitar la aparición de la enfermedad y desarrollar estilos de vida sana. (6)

## **1.2. Identificación y formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

**PG:** ¿Qué relación existe entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco de la DIRESA Callao?

### **1.2.2. Problemas específicos**

**PE1:** ¿Qué relación existe entre la competencia técnica de los profesionales de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE2:** ¿Qué relación existe entre el abastecimiento de insumos esenciales y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE3:** ¿Qué relación existe entre la información brindada a las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE4:** ¿Qué relación existe entre la interrelación profesional de obstetricia – gestante y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE5:** ¿Qué relación existe entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE6:** ¿Qué relación existe entre la accesibilidad y disponibilidad de los servicios y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE7:** ¿Qué relación existe entre la organización del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

**PE8:** ¿Qué relación existe entre la aceptabilidad de las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco de la DIRESA Callao

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Determinar la relación entre la competencia técnica de los profesionales de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre el abastecimiento de insumos esenciales y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre la información brindada a las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre la interrelación profesional de obstetricia – gestante y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre la accesibilidad y disponibilidad de los servicios y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre la organización del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

Determinar la relación entre la aceptabilidad de las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

El control prenatal se compone de múltiples actividades e intervenciones que han demostrado disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal, debido a la identificación oportuna, prevención y manejo de los factores de

riesgo, por lo tanto es un hecho reconocer la importancia de esta estrategia, por lo que su incumplimiento o abandono coloca a las gestantes en mayor riesgo de morir.

En América Latina la cobertura de al menos un control de atención prenatal en los años 2005 - 2011 fue del 100% en Cuba, 99% en República Dominicana y Costa Rica; le siguen Brasil y Colombia con 97% , México, Perú, Guatemala y Argentina con 91% - 96%. Menor cobertura tuvo Bolivia (86%) y Haití (85%) (7).

A nivel nacional según la ENDES 2013 el 77,4% de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo, el 95,1% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron cuatro y más visitas de atención prenatal, se informó acerca de las complicaciones al 93% de las gestantes, se realizaron exámenes de orina al 92.5% de gestantes y sangre al 93.6% de las mismas.

El presente trabajo de investigación se plantea por la importancia del cumplimiento del control prenatal así como detectar tempranamente y controlar las complicaciones que pudieran presentarse, evitando poner en riesgo la salud de las gestantes. Sin embargo hay que buscar las razones del porque algunas gestantes llegan a sus controles tardíamente, no cumplen con sus controles periódicos o no demandan la atención de su parto en el centro de salud materno infantil Acapulco.

Con respecto a la realidad del control prenatal en este establecimiento se asemeja a la de otros establecimientos de la DIRESA Callao, de tal manera que lo que se encuentre en el presente establecimiento se puede extrapolar a los otros establecimientos.

Los hallazgos que se encuentren servirán para iniciar un proceso de mejora en el servicio de obstetricia, lo que redundará en beneficio de las gestantes.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

La investigación se realizará en el centro de salud Materno Infantil Acapulco de la DIRESA Callao. Este establecimiento está ubicado en el AAHH Acapulco, zona de difícil acceso nocturno. Cuenta con una infraestructura de menos de 5 años de antigüedad, de 3 pisos, dos de los cuales dedicados a la atención de pacientes. Los ambientes son espaciosos y equipados. El horario de atención es lunes a sábado de 8am a 8pm y emergencia las 24 hrs del día. Cuenta con una sala de partos y 4 camas de hospitalización. Se permite el acompañamiento de un familiar en el parto.

Se cuenta con el servicio de laboratorio y ecografía lo que facilita el cumplimiento de exámenes auxiliares a las gestantes.

Las gestantes son atendidas por un equipo de profesionales de obstetricia, responsables de la atención, cumplimiento y seguimiento de las gestantes hasta la etapa de puerperio, tratando de asegurar la adherencia a sus controles.

El periodo investigado fue de enero a diciembre 2014. Se consideraron en el estudio a las gestantes que tuvieron su primer control en el primer trimestre y su último control a partir de las 37 semanas a más.

Como limitante podríamos tener que no ubiquemos a las gestantes escogidas para el estudio debido a la migración constante, que no acepten participar en él, que no contesten con veracidad. Otra limitación puede ser que la gestante sea referida al siguiente nivel de atención por complicaciones o por ser gestante adolescente. También existe la posibilidad de que las historias clínicas estén incompletas o no se encuentren.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1. Investigaciones Internacionales**

Yareni Bello Sánchez en 2014 efectuó el estudio Calidad de la Atención Prenatal en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS Poza Rica, estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional; con el objetivo de determinar la calidad de la atención prenatal brindada por el médico familiar. Se encontró que el 38% de gestantes recibió información sobre los esquemas de vacunación y el 85% fue orientada sobre los datos de alarma obstétrica. Asimismo el 20% fue informada sobre lo concerniente a lactancia materna y el 21% sobre planificación familiar. El 48% de la población recibió un trato cordial por parte del personal médico. Al 100% de gestantes se controló las funciones vitales, al 54% se auscultó la frecuencia cardiaca fetal. En relación al trato recibido por las mujeres embarazadas, el 48% de gestantes refirieron que fue cordial, el 44% manifestó que el trato fue indiferente y el 8% indicó que el trato fue grosero. En el 100% de gestantes se otorgó prescripción de ácido fólico y realizó medición de signos vitales (8).

Tous N. Cordero en 2014 realizó un estudio sobre Calidad percibida en Hospitales del servicio Sanitario Andaluz y los servicios de Neurocirugía. Este estudio fue realizado con el objetivo de analizar las características de la calidad percibida por los usuarios del sistema público hospitalario de salud de Andalucía y compararla con las de los usuarios de los servicios de neurocirugía andaluces en el cual aplicaron encuestas basado en modelo servqual dividiendo la calidad percibida en calidad técnica, funcional y de infraestructura; encontraron que la satisfacción general fue del 76,3%. Del análisis de frecuencias se observó que las variables relacionadas con la calidad técnica (buenos médicos, éxito en operaciones, personal preparado, etc.) obtuvieron resultados más favorables. Aquellas relacionadas con el tiempo (espera, en consulta, organización de horarios) obtuvieron resultados más desfavorables. Las variables de atención a familiares obtuvieron resultados desfavorables. No existieron diferencias entre el global de la sanidad andaluza y los servicios de neurocirugía. En el análisis de medias las mujeres y las personas de mayor edad presentaron respuestas más favorables, sobre todo para variables relacionadas con la calidad de infraestructura. En el análisis de *cluster* se observó tendencia a respuestas más favorables conforme la edad era mayor sin predominio de género ( $p < 0,009$ ). Se concluye que no hay diferencias en la calidad percibida entre los servicios de neurocirugía y el resto de la sanidad. La calidad percibida en la sanidad andaluza es mayor conforme la edad del usuario es mayor (9).

Carlos Villacis Vallejos y Col. (2012) realizaron un estudio sobre Adherencia al Control Prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de

Engativa de Bogotá, estudio de cohorte retrospectivo observacional con el objetivo de evaluar la adherencia al control prenatal entre las gestantes adolescentes que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes y las que asistieron al control prenatal al servicio de gestantes en general. Se encontró que el número de controles prenatales fue significativamente mayor (más de 4 consultas) en el grupo de pacientes que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes, (RR 1.87 IC 95% 1.26 – 2.76 P < 0.001). Se evaluó el cumplimiento de algunas recomendaciones del control prenatal y dos desenlaces obstétricos (bajo peso al nacer y parto pre término), entre los grupos sin encontrar diferencia significativa. Se concluyó que una consulta especial y dedicada al control de la gestante adolescente mejora significativamente la asistencia al control prenatal en comparación a un control convencional (10).

Astrid Milena Noguera y Mónica Cecilia Dueñas en 2011 realizaron el estudio 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 Popayán, estudio descriptivo, prospectivo cuyo objetivo fue realizar auditoria al proceso de atención prenatal a fin de caracterizar la atención clínica e identificar los principales nudos críticos de la atención prenatal. El 100% de gestantes encuestadas manifiestan acceso organizacional, el 10% acceso a las citas y puntualidad de la atención, 84.5% muestran satisfacción con la atención, 95% declaran una buena relación con los profesionales, 48.5% están satisfechas con la comodidad. Se concluye que la falta de oportunidad en la atención genera deserción en el control prenatal (11).

Alix Xiomara Lozano Cuadros y Col. en el 2011 realizaron el estudio Factores asociados a la no Adherencia al Programa de Control Prenatal en las Gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado de Sabana de Torres Bucamaranga, estudio descriptivo transversal, retrospectivo, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la no adherencia del programa de control prenatal. Se encontró que el mayor ingreso al programa se produjo en el segundo trimestre de gestación, existen condiciones de accesibilidad como el transporte, falta de dinero, ubicación del hospital que no permite que la gestante asista a su cita programada. Otras barreras de acceso fueron las filas de espera, los documentos requeridos para solicitar la cita. Un porcentaje significativo de gestantes refirió tener conocimiento acerca de la importancia del control prenatal. Se concluye que no todas las mujeres asisten al control prenatal y quienes lo hacen ingresan tardíamente debido a los diferentes factores que intervienen en la inasistencia a la cita. En cuanto a la consecución de las citas las gestantes manifestaron satisfacción en la atención brindada (12).

Juan Sebastián Álvarez, y Col (2010) realizaron un estudio sobre el Cumplimiento de las Actividades de Promoción y Prevención en el Control Prenatal en una entidad de 1° Nivel, Manizales, estudio transversal realizado sobre cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal. Encontraron como resultado que el 78.9% de gestantes tenían entre 18-34 años. La valoración que con más frecuencia se realizó fue la obstétrica con un 98.4% y el examenl de orina se cumplió en el 98.8%, siendo oportuno en el 39.8%. Se obtuvo una madre sana en el 98.8% de las gestantes y un

producto sano en el 96% de los casos. La adherencia al control prenatal fue de 62.5% (13).

Correira S.M. y Miranda F.J. en 2010 realizaron el estudio Calidad y Satisfacción en el Servicio de Urgencias Hospitalarias: análisis de un hospital de la zona Centro de Portugal, con el objetivo de analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias, aplicando la metodología de mínimos cuadrados parciales (PLS) a un modelo estructural construido con las variables indicadas. El análisis de la información obtenida de los pacientes nos permite realizar algunas importantes consideraciones sobre la percepción de los pacientes de variables como imagen, calidad, satisfacción, confianza y lealtad. Del conjunto de diez relaciones de orden causal establecidas el modelo confirma siete. Encontraron que la imagen o reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a aumentar la confianza en el servicio, ni para garantizar su recomendación a otras personas, esta confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida. La satisfacción del paciente sí que contribuye a incrementar la lealtad al centro: La satisfacción fue manifestada en el 24,8% de pacientes, 44,3% percibieron que hubo calidad en la atención (14).

Sonia Merino Almaraz y Col (2009) realizaron el estudio Factores que influyen la adherencia a la Suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo, caso control en el Hospital de Cochabamba, con 182 mujeres en el puerperio inmediato con el objetivo de conocer los factores que influyen en la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. Se

buscaron factores epidemiológicos, factores dependientes de la terapéutica, efectos adversos, relación médico-paciente y percepción/actitudes frente al medicamento. Resultados: La adherencia reportada fue del 26%. La falta de estudios de primaria completos (OR=2,12; p=0,0355), la presencia de náuseas (OR 3,05; p= 0,02) y el tiempo prolongado de tratamiento (OR 2,46; p=0,011) demostraron estadísticamente disminuir la adherencia a sulfato ferroso. Contribuyen con una buena adherencia la toma del medicamento en un horario regular (OR=0,49 p=0,01) y la confianza en el médico que prescribió el sulfato ferroso (OR 0,34 p=0,046). Para lograr una buena adherencia de las mujeres se debe reforzar la relación médico – paciente y la explicación sobre los efectos del medicamento de acuerdo al nivel de instrucción de la paciente (15)

Analia Verónica Domínguez en el 2008 realizó el estudio Calidad de Atención del Profesional Obstétrico y el Grado de Satisfacción de las Usuarias en la Atención Primaria de la salud en Santiago de Estero, estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal con el objeto de evaluar la calidad de atención brindada y su relación con la satisfacción de las gestantes. Encontró que el 83.5% de los consultorios obstétricos se encuentran con un nivel de eficiencia bueno, el desempeño profesional se califica como muy bueno en el 100% de los profesionales. En cuanto a las usuarias 73.75% debe esperar entre 30 min. a una hora para ser atendidas, 90% de ellas considera que el profesional le realiza evaluación completa, 93.75% considera haber sido atendida con amabilidad y haber recibido una atención de calidad. Conclusiones: en general las usuarias han sido atendidas satisfactoriamente, califican la eficiencia de los consultorios obstétricos, y desempeño profesional como muy bueno (16).

Pedro Ospina Restrepo y Col. el 2007 desarrollaron el estudio Evaluación del Programa de Control Prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldán Betancur Primer Nivel, estudio de tipo observacional, descriptivo, evaluativo, con el objetivo de evaluar integralmente el programa de control prenatal, a fin de identificar sus logros y necesidades de ajuste. Encontraron que el 86.6% de gestantes manifestó no haber faltado nunca a su CPN. Solo el 34.9% recibió charlas o talleres sobre cuidados del embarazo y postparto, 95.2% recibió su atención con puntualidad, 85.7% estuvo satisfecha con la atención. Las condiciones de estructura se cumplen en 70.9%. Concluyen que el resultado del programa, en términos de satisfacción y percepción de calidad por las gestantes fue aceptable, sin embargo habría que reforzar la educación de la gestante (17).

### **2.1.2 Investigaciones Nacionales**

Oscar Fausto Munares García, en 2011 realizó el estudio Factores asociados al abandono del Control Prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal, estudio de casos y controles con el objetivo de analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período junio a diciembre de 2011. Participaron 662 gestantes, a las cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores de abandono: social, institucional y personal. Se encontró que hubo diferencias en cuanto al número de gestaciones ( $2,6 \pm 1,4$  vs  $2,3 \pm 1,2$ ) entre casos y controles, el promedio de controles prenatales para los casos fue  $3,9 \pm 1,2$  y en los controles fue  $8,4 \pm 1,8$ . Los factores sociales asociados fueron dificultad de permisos en el trabajo

(OR: 2,7) y dificultad por quehaceres domésticos (OR: 3,9). Los factores institucionales fueron trato inadecuado (OR:2,5), paciente insatisfecha (OR:1,9); relación profesional de la salud - paciente impersonal (OR:1,6); episodios de maltrato por parte del profesional (OR:3,5), poca prioridad para su atención prenatal (OR:2,1), incoordinación entre los servicios (OR:1,7), tiempo de espera largo (OR:1,7), servicios incompletos (OR:4,4), calidad inadecuada del control prenatal (OR:2,9) y consultorio prenatal difícil de ubicar (OR:1,9). Los factores personales fueron olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad (OR: 2,6). El análisis multivariado determinó asociación dificultades de permisos en el trabajo (ORa: 2,2 IC95% 1,4:3,5), dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 2,9 IC95% 1,6:5,1); servicios incompletos (ORa: 3,6 IC95% 2,2:5,9); consultorio prenatal difícil de ubicar (ORa: 1,8 IC95% 1,2:2,9) y calidad inadecuada del control prenatal (ORa: 2,4 IC95% 1,7:3,5). Conclusión: existen factores sociales, institucionales y personales asociados al abandono al control prenatal (18).

Paola Adela Camarena Rodríguez, (2011) realizó el estudio Asociación entre los Factores de abandono al Control Prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina- ESSALUD, estudio de casos y controles con el objetivo de determinar la asociación entre los factores personales, médicos e institucionales y el abandono al control prenatal. A 334 gestantes atendidas en el Hospital Marino; se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores del abandono al control prenatal: personales, institucionales y médicos. Los resultados encontrados fueron relevantes en los factores personales: la dificultad en el permiso en el trabajo (OR: 2), dificultad

para el cuidado de los hijos (OR: 2,4) y olvido de citas (OR: 2), no hubo factores institucionales significativos, y con factores médicos hubo relación con consulta de baja calidad (OR: 3,3) y percepción de la calidad de la atención (OR: 4,1). Se concluyó que los factores personales: dificultad en permisos en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos, olvido de citas y los factores médicos consulta de baja calidad y percepción de la calidad de la atención se asocian al abandono al control prenatal (19).

Oscar Fausto Munares García realizó el Estudio sobre Calidad del Control Prenatal en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de Lima en 2005, estudio Retro-prospectivo, Polietápico sobre la calidad del control prenatal con el objetivo de evaluar la calidad del control prenatal. Encontró que las dimensiones percibidas como adecuadas son accesibilidad (cultural 92.9%, organizacional 77.1%, tiempo de espera 44.3%), seguridad (vigilancia y control de complicaciones) y capacidad profesional (83.6 %). Las dimensiones consideradas como inadecuadas fueron eficacia (cumplimiento de CPN y tipo de parto), eficiencia, continuidad, satisfacción (mal trato, mal servicio, falta de atención) y comodidades (61.4% a 66.4%); encontrando similitudes significativas en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades (20).

Juan A Seclen-Palacín; Benavides B, y Col. (2004) realizaron el estudio ¿Existe una relación entre los Programas de Mejora de la Calidad y la Satisfacción de Usuaris de Atención Prenatal?: experiencia en hospitales del Perú, estudio cuasi experimental con la finalidad de determinar la relación entre los

programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal. La variable dependiente fue la satisfacción con la atención prenatal, y la independiente mejora de la calidad: satisfacción de la usuaria (expectativas), trato del personal, nivel de información, equipamiento, percepción del tiempo de espera, limpieza y comodidad. Como resultado se obtuvo que en el grupo de pacientes que acudieron a los hospitales con programas de mejora continua se encontraron mayores niveles de satisfacción de la usuaria (67,5 por ciento frente al 55,1 por ciento en el grupo de referencia,  $P = 0,014$ ). Las razones de insatisfacción fueron el tiempo de espera prolongado y el trato inadecuado, siendo estas últimas más frecuentes en el grupo de referencia. El análisis multivariado indicó que el trato del personal, la información durante la consulta, la satisfacción de las expectativas y la aplicación del programa de mejora continua fueron factores que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de la usuaria (21).

Juan A Seclen-Palacín, y Col en el 2003 realizaron el estudio Efectos de un Programa de Mejoramiento de la Calidad en Servicios Materno Perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000, el cual fue realizado con el objetivo de comparar la calidad de los servicios de salud materno perinatales de los establecimientos peruanos participantes en un programa de mejora de calidad y compararlos con un grupo control; asimismo evaluar comparativamente los conocimientos y actitudes de usuarias de servicios de salud materna; y determinar la contribución del programa de mejora de calidad en los niveles de calidad. Se implementó un programa de mejora de calidad en 74 establecimientos de salud seleccionados. Se desarrolló un cuasi experimento

controlado en 74 hospitales, centros de salud y establecimientos periféricos. El análisis de la calidad de los servicios de salud materno perinatales se realizó mediante comparación de promedios de escalas centesimales; los conocimientos y actitudes de las usuarias mediante análisis bivariado; y la predicción del nivel de calidad a través de análisis multivariado. El resultado obtenido al final de la intervención fue que la puntuación de los establecimientos con programa de mejora de calidad tuvo un promedio de 61,8 puntos y de 37,5 en el grupo de comparación, ( $p < 0,001$ ). El promedio de conocimientos de signos de alarma obstétricos fue mayor en las usuarias del programa de mejora de calidad (3,6 signos/entrevistada) versus 2,5 en usuarias sin programa de mejora de calidad, ( $p < 0,05$ ). La intención de parto institucional fue dos veces mayor en las usuarias de los servicios con programa de mejora de calidad, ( $p = 0,038$ ). Los predictores significativos de calidad fueron la mejora continua de la calidad y la disponibilidad de profesionales de salud. Se concluye que el nivel de calidad es mayor en los servicios que desarrollaron programa de mejora continua. Las usuarias de tales servicios tienen más conocimientos de los signos de alarma obstétricos y mejor actitud hacia el parto institucional. El programa de mejora continua de calidad ha contribuido para tales logros (22).

## 2.2 Bases Legales

### 2.2.1 Normas Internacionales

Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación  
contra la Mujer

La Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de  
discriminación racial

### 2.2.2 Normas Nacionales

Ley N° 26842 Ley General de Salud

Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud

Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud

Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA. Aprueba la Norma Técnica N° 018  
MINSA/DGSP-V 01. Norma Técnica del sistema de Referencias y Contra  
referencias de los establecimientos del Ministerio de Salud.

RM N° 142-2007/MINSA. Aprueba Documento Técnico Entandares e  
indicadores de la calidad de la atención Materna y Perinatal en los  
establecimientos que cumplen funciones obstétricas y Neonatales.

RM N° 727-2009/MINSA Aprueba documento “Política Nacional de Calidad en  
Salud”

RM N° 668-2004/MINSA Aprueba “Guías Nacionales de Atención Integral de la  
Salud Sexual y Reproductiva”

RM N° 827-2013/MINSA Aprueba “Norma Técnica de Salud para la Atención  
Integral de Salud Materna”

## **2.3. Bases teóricas**

### 2.3.1. Calidad de Atención

Una de las definiciones más reconocidas sobre calidad de los servicios de salud es la enunciada por A. Donabedian, quien establece: que “La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios. “Donabedian hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: la estructura, el proceso y el resultado. En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención. En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos. Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan. Es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy humana, donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares: viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de los aspectos médicos;

frecuentemente acuden a buscar los servicios con un estado anímico particular, sobre todo si existen sospechas o evidencia de problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc. Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud da con frecuencia a los usuarios, despersonalizado e indiferente; las personas se transforman en un número de cama o de expediente, o en una enfermedad (la señora de la cama 20, el señor del cáncer o la paciente de la histerectomía, etc.). Dicho trato es matizado, en muchos casos, de acuerdo a las características personales, de las personas atendidos, fundamentalmente sociales y culturales, no es infrecuente ver como se da un trato diferente a pobres y a ricos, en los servicios públicos y los privados, etc. También puede observarse distinta respuesta de los usuarios, puede ser de agresividad o exigencia hacia el personal de salud, sin embargo, la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento, ante su impotencia y necesidad del servicio. Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y, en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada. Esto influye en su estado anímico y puede generar en ocasiones, agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben su atención. Todo lo anterior propicia un vínculo interpersonal deficiente con la consecuente mala calidad de la atención (23).

Judith Bruce y Anrudh Jain, ambos investigadores de Population Council, basaron su definición de calidad en “la forma en que el sistema trata a las personas y a los clientes” El marco de Bruce-Jain, creado en 1990, suele considerarse como el paradigma básico para medir calidad en los servicios de planificación familiar a nivel internacional. Tradicionalmente la calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente. Pero la calidad de la atención es multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados: Los clientes pueden verse influidos por cuestiones sociales y culturales en su opinión de la calidad, y suelen poner un énfasis considerable en el aspecto humano de la atención que reciben. Los proveedores generalmente subrayan la necesidad de que las instituciones dispongan de capacidad técnica, infraestructura y apoyo, los directores de programas quizás pongan énfasis en los sistemas de apoyo, como la logística y el mantenimiento de registros; y las autoridades que diseñan las políticas y los donantes están interesados en el costo, la eficacia y los resultados de salud en términos de la totalidad de la inversión. La complejidad de la definición de la calidad sanitaria hace que sea difícil identificar y medir las mejoras en la prestación de servicios (24). El marco de Bruce-Jain establece seis elementos que son importantes para mejorar la calidad de los servicios clínicos. Dichos elementos si bien son particulares están interrelacionados y pueden ser puntos de intervención de mejora continua: la información puede ser ampliada y actualizada, los protocolos médicos perfeccionados, las habilidades de consejería del personal mejoradas, los mecanismos de

seguimiento optimizados. (25). Para el desarrollo de la tesis se ha considerado los elementos de calidad de dicha autora:

#### 2.3.1.1. Competencia Técnica

La competencia concebida como un saber actuar de manera pertinente en un contexto determinado, enfrentando problemas propios de la profesión, con claros criterios de calidad, movilizando para ellos sus recursos personales (repertorios de información, procedimientos, algoritmos) con el propósito de resolver de manera apropiada, siendo capaz de dar cuenta de sus decisiones tanto desde el punto de vista científico – tecnológico como ético social, y haciéndose responsable de las mismas y sus consecuencias

Judith Bruce considera la competencia técnica de los prestadores de servicio como la capacidad y preparación del personal de salud para otorgar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, el conocimiento de las normas y la valoración del grado en que son respetadas, así como brindar información al respecto. Se mide a través de 38 indicadores que se integran en 6 componentes.

- La valoración de los registros sobre exámenes y expedientes médicos.
- Las herramientas de administración utilizadas en las unidades
- Grado de uso de los registros institucionales
- La prevención del riesgo de infecciones
- La capacitación recibida en salud reproductiva

- Conocimiento de aspectos relevantes sobre salud reproductiva

#### 2.3.1.2. Abastecimiento de Insumos esenciales

El abastecimiento de insumos esenciales es considerado como la forma, oportunidad y suficiencia con que las unidades básicas reciben los insumos y medicamentos requeridos para su operación. Se valora a través de 25 indicadores que se agregan en cinco componentes:

- Apoyo político y financiero
- Equipamiento adecuado
- Manejo de los insumos y aspectos logísticos
- Suficiencia de personal
- Motivación hacia el trabajo

#### 2.3.1.3. Información brindada a las usuarias

Este elemento permite conocer las estrategias utilizadas para que la población tenga información suficiente para decidir sobre sus necesidades de salud reproductiva y planificación familiar. Se evalúa a través de 29 indicadores que se agrupan a cinco componentes:

- Información proporcionada sobre salud reproductiva
- Información proporcionada sobre métodos anticonceptivos
- Actividades y eventos de IEC
- Materiales educativos disponibles en la unidad
- Valoración a la forma en que se imparte las pláticas en salud reproductiva y planificación familiar.

#### 2.3.1.4. Interrelación profesional – usuaria

Considera la forma en que se interrelacionan los prestadores de servicio y las usuarias. Hay que hacer notar la importancia de desarrollar una relación personalizada e integral, no sólo basta con solucionar el problema puntual sino también es necesario investigar el contexto biográfico personal, familiar y social, en el que se dan algunas situaciones. Considera siete indicadores agrupados en dos componentes

- Relaciones interpersonales
- Tiempo de espera de las usuarias para recibir el servicio

#### 2.3.1.5. Seguimiento de la usuaria

Contempla los procedimientos de seguimiento de pacientes, y de la referencia y contra referencia que utiliza el personal de salud para dar continuidad a la atención. La implementación de un buen sistema de seguimiento asegura la continuidad de la atención. Se valora a través de nueve indicadores integrados en tres componentes:

- La forma de operar el sistema de seguimiento
- El trabajo comunitario
- Sistema de referencia y contra referencia de la población usuaria

#### 2.3.1.6. Accesibilidad y disponibilidad

Posibilidad del usuario(a) de acceder a un servicio oportuno, que dé respuesta a sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Considera tanto la diversidad de servicios puestos a disposición de los usuarios y las condiciones

estructurales que favorecen u obstaculizan que la población tenga acceso fácil a las unidades médicas. Se mide a través de nueve indicadores agrupados en dos componentes:

- Opinión de las usuarias respecto al acceso físico y costos en la unidad
- Opinión de las usuarias respecto a la disponibilidad de los servicios de salud reproductiva

#### 2.3.1.7. Organización de los servicios

La organización de los servicios de salud reproductiva se refiere a las condiciones físicas de las unidades y la administración de los servicios. Se mide a través de dieciocho indicadores que se integran en seis componentes:

- Medida en que son efectuados los diagnósticos de salud reproductiva
- La evaluación de las condiciones físicas de las unidades
- La efectividad de la supervisión
- La existencia de programas específicos para adolescentes
- La existencia de programas específicos para varones
- Los mecanismos de coordinación de actividades

#### 2.3.1.8. Aceptabilidad

Aceptabilidad: Se refiere a la satisfacción de los usuarios con la atención y con los servicios. Se mide a través de dos indicadores agrupados en un componente

- Usuarías (os) que aceptan un servicio (satisfacción de las usuarias con la atención y los servicios de salud reproductiva).

### 2.3.2. **Adherencia al control prenatal**

En el 2004, la OMS presentó los hallazgos del estudio titulado: Proyecto sobre Adherencia Terapéutica a los tratamientos a largo plazo. El resultado de este estudio fue definir el término de adherencia terapéutica como: “el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos (OMS, 2004; Sección 1, p.9). (26)

Ortega (2004) menciona a los autores Rodríguez, Martín, Martínez y Valcárcel (1990) quienes hacen referencia de que la adherencia implica una gran diversidad de conductas, entre las cuales se incluye desde el formar parte del programa de tratamiento y continuar con el mismo hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas médicas, ingerir correctamente los medicamentos y realizar correctamente el régimen terapéutico prescrito. (27)

La adherencia de la embarazada al control prenatal se refiere tanto a la asistencia al control como al cumplimiento de las recomendaciones dadas. La Atención prenatal reenfocada es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico que permita la detección oportuna de signos de

alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (28).

Los objetivos de la atención prenatal son:

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. (Plan de parto).
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.
- Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
- Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia

#### 2.3.2.1. Inicio del control prenatal

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (idealmente antes de las catorce semanas de gestación), debiendo ser periódica, continua e integral.

#### 2.3.2.2. Frecuencia del control

La frecuencia óptima con la que se deben realizar la atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto

#### 2.3.2.3. Número de controles

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- La primera atención antes de las 14 semanas.
- La segunda atención entre las 14 a 21 semanas
- La tercera entre las 22 a 25 semanas,
- La cuarta entre las 26 a 32
- La quinta entre las 33 a 36
- La sexta entre las 37 a 40 semanas

#### 2.3.2.4. Exámenes auxiliares

Los exámenes auxiliares de laboratorio que debe realizarse a la gestante son:

- Grupo sanguíneo y factor Rh: en la primera consulta

- Hemoglobina o hematocrito: en la primera consulta y en la 37-40 semana
- Examen de orina: en la primera consulta y en la 33 a 39 semana
- Glucosa: en la primera consulta
- Prueba de sífilis: en la primera consulta y en la 33-35 semana
- Prueba de ELISA-VIH: en la primera consulta y en la 33-35 semana

Ecografías: Debe realizarse en la primera consulta y en las 37-40 semanas

#### 2.3.2.5. Suplementación

El suplemento de ácido fólico es la administración profiláctica del ácido fólico (500mcg x d) que se brinda a la gestante desde la primera consulta hasta las 13 semanas de gestación. A partir de las 14 semanas se debe agregar al sulfato ferroso.

La suplementación de hierro y ácido fólico es la administración profiláctica de sulfato ferroso (60mg x d) y ácido fólico (400mcg x d), que se brinda a la gestante y a la puerpera. Se debe iniciar a las 14 semanas de gestación. En el puerperio se continúa con hierro.

El suplemento de calcio es la administración profiláctica de 2,000 mg de calcio diario, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término.

#### 2.3.2.6. Psicoprofilaxis

Conjunto de actividades para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud

positiva frente al embarazo, parto, puerperio para lograr un recién nacido con potencial de desarrollo físico, mental y sensorial. Se realizan de 22 a 40 semanas (29).

## **2.4. Formulación de hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis General**

**HG:** Existe una relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco de la DIRESA Callao

### **2.4.2. Hipótesis Específicas**

**HE1:** Existe una relación entre la competencia técnica del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE2:** Existe una relación entre el abastecimiento de insumos esenciales y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE3:** Existe una relación entre la información brindada a las gestantes por el profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE4:** Existe una relación entre la interrelación profesional de obstetricia – usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE5:** Existe una relación entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE6:** Existe una relación entre la accesibilidad, disponibilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE7:** Existe una relación entre la organización del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

**HE8:** Existe una relación entre la aceptabilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco.

## 2.5 .Operacionalización de variables e indicadores

### V1 Calidad de Atención

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
<p>Obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales vigentes".</p> <p>Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Am Coll Util Rev Physi.1986;1(1): 6-12.</p> <p>"Forma en que el sistema trata a las personas y a los clientes" Consideran seis elementos que son importantes para mejorar la calidad de los servicios clínicos: Capacidad de elección, información, competencia técnica, relación interpersonal, seguimiento y constelación de servicios.</p> <p>25. Bruce Judith Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Studies in Family Planning Vol21, N° 2.1990 pp.61-91</p>	<p>Atención de las gestantes considerando: a) la competencia técnica del profesional de obstetricia b) el abastecimiento de insumos esenciales c) la información brindada por el profesional d) la interrelación profesional-usuaria e)el seguimiento de las gestantes f) la accesibilidad del servicio y g) aceptabilidad de las gestantes.</p>	01.Competencia Técnica: Examen y Registro	<p>1.1.Le controlan peso</p> <p>1.2.Le controlan talla</p> <p>1.3.Le controlan presión arterial</p> <p>1.4.Le controlan altura uterina</p> <p>1.5.Le tocan el vientre</p> <p>1.6.Le solicitan análisis</p>
		01.Competencia Técnica: Capacidad para brindar información	<p>1.1 Adecuada</p> <p>1.2 Medianamente adecuada</p> <p>1.3.Inadecuada</p>
		01.Competencia Técnica: Utilización de los registros institucionales	<p>1.1. Siempre</p> <p>1.2. A veces</p> <p>1.3. Nunca</p>
		02.Abastecimiento de insumos esenciales	<p>2.1.Recibe vacunas</p> <p>2.2.Recibe ácido fólico</p> <p>2.3.Recibe anti anémico</p> <p>2.4.Recibe calcio</p>
		03.Información brindada	<p>3.1.Preparación de la maternidad</p> <p>3.2.Importancia del control prenatal</p> <p>3.3.Signos de peligro</p> <p>3.4.Lactancia materna</p> <p>3.5.Cuidados del recién nacido</p>
		04.Interrelación Profesional – Usuaria: Trato	<p>4.1. Le dedicaron tiempo suficiente</p> <p>4.2. La escuchó atentamente</p> <p>4.3. Como la trataron</p> <p>4.4. Confía en su obstetra</p>
		04.Interrelación Profesional – Usuaria: Tiempo de espera	<p>4.1. 15 minutos</p> <p>4.2. 30 minutos</p> <p>4.3. 1 hora</p> <p>4.4. Más de 1 hora</p>
		05.Seguimiento: Continuidad	<p>5.1.Asistió a todas sus citas programadas</p>
		05.Seguimiento:	<p>Conoce y/o ha comprobado que si falta:</p> <p>5.1. La llaman</p> <p>5.2. La visitan</p> <p>5.3. No hacen nada</p>

		05.Seguimiento: Referencia	Si es necesario la refieren: 5.1. Al Hospital 5.2. A establecimiento privado
		06.Accesibilidad y Disponibilidad	6.1. Acceso geográfico 6.2. Acceso económico 6.3. Disponibilidad del servicio
		07.Organización: calificación	7.1. Muy buena 7.2. Buena 7.3. Regular 7.4. Mala
		08.Aceptabilidad	8.1 Conformidad con la atención

## V2 Adherencia al control prenatal

V2		DIMENSIONES	INDICADORES
Grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” Esto significa un compromiso mayor de parte del cliente más allá de tomarse los medicamentos prescritos. (OMS, 2004; Sección 1, p.9).	Cumplimiento por parte de la gestante con a) Inicio del control prenatal en el primer trimestre gestacional b) Frecuencia y controles mínimos c) Exámenes auxiliares d) Toma de suplementos y e) Asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis.	01.Inicio de control prenatal	1.1. 6 – 8 sem 1.2. 9 – 13 sem
		02.Frecuencia y número de controles mínimos	Por lo menos un control en las siguientes semanas: 2.1. <14 sem 2.2. 14 a 21 sem 2.3. 22 a 24 sem 2.4. 25 a 32 sem 2.5. 33 a 36 sem 2.6. 37 a 40 sem
		03.Cumplimiento de exámenes auxiliares	3.1.Grupo sanguíneo y RH 3.2. Hemoglobina Ht 3.3. Hemoglobina Ht control 3.4. Ex. Completo orina 3.5. Ex. Orina control 3.6. Glucosa 3.7..Detección Sífilis 3.8. Detección VIH 3.9. Ecografía
		04.Cumplimiento toma de suplementos	4.1 Toma de ácido fólico 4.2 Toma de anti anémico + ácido fólico 4.3 Toma de calcio
		05. Cumple sesiones psicoprofilaxis	5.1.N° de sesiones

## **2.6. Definición de términos básicos**

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con la necesidad o expectativa establecida, en general implícita y obligatoria. (30)

Calidad de atención en salud: Propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. (31)

Competencia Técnica: Conocimiento, capacidad y preparación del profesional de salud para otorgar los servicios a las gestantes y brindar información. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente.

Accesibilidad: El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras

geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio. (32)

Referencia y contra referencia: Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío recepción y regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Continuidad de la atención: Implica que la usuaria puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Es importante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda asegurar la secuencia de la atención

Satisfacción del usuario: Según Pascoe es la comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria.

Atención prenatal: es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Es importante considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.

Gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica: Gestante que ha recibido seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo

Psicoprofilaxis obstétrica: Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido: convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar.

Adherencia al control prenatal: Observancia y cumplimiento del paquete de atención por parte de la gestante, así como la buena disposición para acudir a sus citas según programación.

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

Para el desarrollo de la investigación se consideró la metodología con enfoque cuantitativo. Se partió de una idea que se fue acotando y, una vez delimitada, se derivaron objetivos y preguntas y objetivos de investigación; luego se revisó la literatura y se construyó el marco teórico. A continuación se establecieron las hipótesis como respuestas “a priori” a las preguntas planteadas, se determinaron las variables; se trazó un plan para probarlas (diseño). Posteriormente se midieron las variables en un determinado contexto y se analizaron las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, extrayéndose una serie de conclusiones respecto de las hipótesis planteadas.

(33)

#### **3.1. Tipo y nivel de la investigación**

Es una investigación aplicada. Es llamada también constructiva o utilitaria, se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se deriven. La investigación aplicada busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar; le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un conocimiento de valor universal. La

investigación aplicada, por ser una puesta en práctica del saber científico, constituye el primer esfuerzo para transformar los conocimientos científicos en tecnología, de allí que pueda confundirse en algún momento con la investigación tecnológica. (34)

Para Murillo (2008), la investigación aplicada recibe el nombre de “investigación práctica o empírica”, que se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación. El uso del conocimiento y los resultados de investigación que da como consecuencia una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad. (35)

### **3.2. Diseño de la investigación**

Se eligió el diseño No experimental, de corte retrospectivo y transversal. No experimental porque no se planeó manipular las variables, solo observar situaciones ya existentes tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Las variables no se manipulan. Es de corte retrospectivo porque se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio es posterior a los hechos estudiados. Es transversal porque la recolección de datos se da en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las variables de estudio y analizar su interrelación en un momento dado. Mide una sola vez a la muestra. (33).

### **3.3. Población y muestra de la investigación**

Población: Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (33). Estuvo conformada por gestantes que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre y tuvieron su parto en el 2014 en el centro de salud Acapulco, las cuales fueron 40. En su mayoría fueron procedentes de provincia, de estado civil conviviente, dedicadas a su hogar, con estudios secundarios y multíparas.

Unidad de estudio: Se consideró unidad de estudio a la gestante que acudió a su control prenatal en centro de salud Acapulco en el 2014 y que cumplió con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Gestantes que en el 2014 iniciaron su control prenatal antes de las 13 semanas de gestación, que acudieron al centro de salud Acapulco y cuya gestación terminó en parto a término en el 2014.

Criterios de exclusión: Gestantes que tuvieron su primera consulta en el segundo o tercer trimestre de gestación, gestantes cuyo parto fue en el 2015, , gestantes referidas al siguiente nivel por alguna patología, gestantes que no desearon participar en el estudio.

Basada en los criterios inclusión se elaboró la siguiente tabla:

Tabla 1.

**Población y Muestra de gestantes que ingresaron en 2014 al servicio de obstetricia del centro de salud materno infantil Acapulco**

<b>Año 2014 Meses</b>	<b>Población</b>	<b>Muestra</b>
Enero	13	12
Febrero	9	8
Marzo	4	4
Abril	7	6
Mayo	4	4
Junio	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>36</b>

Fuente: Estadística del CS Acapulco. Tabla creada por la autora

Cálculo de la muestra:

Se obtuvo utilizando la fórmula para calcular la muestra de un grupo con variable cualitativa y población conocida

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

n = Tamaño de la muestra

N = Población

Z $\alpha$  = Nivel de confianza del 95%

p = probabilidad de ocurrencia de la variable

q = probabilidad de no ocurrencia

d = Valor de precisión

n= 36
-------

La muestra calculada fue 36 gestantes. Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple. Respecto a los aspectos éticos, la identidad de las unidades muestrales, fue salvaguardada con un código que solamente los investigadores conocen. Para la realización de dicha investigación se solicitó la autorización expresa de las gestantes seleccionadas.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica empleada fue la entrevista, la cual es una técnica directa que requiere una comunicación o relación cara a cara entre el investigador con los investigados. Fue una entrevista estructurada que fue previamente planificada, con preguntas que mantienen objetivos definidos, una secuencialidad y estructura. El instrumento elaborado para la recolección de datos fue un cuestionario con preguntas relacionadas con los objetivos del estudio.

#### **3.4.1 Descripción del instrumento**

El instrumento consta de diecinueve preguntas, seis de las cuales se refieren a aspectos generales. Ocho preguntas representan a la variable independiente: calidad de atención del profesional de obstetricia y cinco a la variable dependiente: adherencia al control prenatal.

La variable independiente (Calidad) tiene preguntas referidas a las subvariables:

- Competencia técnica: Consta de tres ítem relacionados a la evaluación del estado físico de la gestante, calificación de la información brindada por el profesional de obstetricia y la utilización de los registro por el profesional.
- Abastecimiento de insumos esenciales: Con cuatro ítems orientados a indagar sobre la provisión de vacunas, suplementos de vitamina y minerales.
- Información ofrecida al usuario: Consigna cinco ítems sobre la información brindada a la gestante, constatándose el conocimiento que tiene la gestante de cada tema.
- Interrelación profesional de obstetricia – gestante: Con cinco ítem relacionados con el trato brindado por el obstetra y el tiempo dedicado en la espera y en la atención brindada.
- Seguimiento de la usuaria: Con tres ítems en los que se indaga sobre faltas a la consulta, si se realizó seguimiento y a dónde se le refiere a la paciente.
- Accesibilidad y disponibilidad del servicio de obstetricia: Con tres ítem referidos al acceso geográfico, económico y disponibilidad del servicio
- Calificación de la organización: Con un ítem en el cual se presentan cuatro alternativas a fin de que la gestante opte por una de ellas.

- Aceptabilidad del servicio: Con un ítem en el que se presentan dos alternativas para que la gestante elija una de ellas.

La variable dependiente (Adherencia) tiene preguntas referidas a las subvariables:

- Inicio del control prenatal: Se presentan cuatro opciones para que la gestante opte por la que ella considere pertinente
- Cumplimiento de frecuencia y número de controles mínimo: Con seis ítems en los que se presentan intervalos de tiempo para que la gestante conteste si acudió o no por lo menos una vez en cada periodo de tiempo, completando en total seis controles.
- Cumplimiento de exámenes auxiliares: Con nueve ítems en el que se presentan los exámenes de laboratorio y ecografía de control que deben realizarse las gestantes, los cuales en total son nueve.
- Cumplimiento con toma de suplementos: Referidos al cumplimiento de toma de ácido fólico, antianémico con ácido fólico y calcio a lo largo del embarazo.
- Número de sesiones de psicoprofilaxis: Se consideran 5 - 6 sesiones realizadas.

#### 3.4.2. Validación del instrumento

Se elaboró un instrumento de recolección de datos. El cuestionario se validó con el juicio de tres expertos; quienes procedieron a realizar una primera revisión. Presentaron observaciones, las cuales fueron absueltas y luego de

dos revisiones más el instrumento quedó listo para ser aplicado. Se realizó una prueba piloto que permitió mejorar el instrumento.

**Tabla 2.**

**Juicio de expertos**

CRITERIO	REVISIÓN	VALORACIÓN		
		Experto 1	Experto 2	Experto 3
. PERTINENTE	1° revisión	3	4	2
	2° revisión	4	4	3
	3° revisión	5	5	5
COHERENTE	1° revisión	2	3	3
	2° revisión	3	4	4
	3° revisión	5	5	5
FLEXIBLE	1° revisión	4	3	3
	2° revisión	5	4	4
	3° revisión	5	5	5
SISTEMATICO	1° revisión	3	2	4
	2° revisión	4	4	5
	3° revisión	5	5	5
TOTAL	1° revisión	12	12	12
	2° revisión	16	16	16
	3° revisión	20	20	20

Fuente: Evaluación de expertos. Tabla elaborada por autora

Una vez presentados los objetivos del estudio a las gestantes se les pidió valoraran sus percepciones sobre el servicio prestado. La mayoría de las respuestas de las gestantes fueron contrastadas con el registro de las actividades correspondientes en las historias clínicas y registros.

El cuestionario fue aplicado por la investigadora con el apoyo de una profesional previamente capacitada.

### **3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Una vez aplicado el instrumento y se recolectados los datos se procedió a preparar la codificación de los mismos: primero se establecieron los códigos de las categorías o alternativas de respuesta de los ítems o preguntas planteadas, a continuación se elaboró el cuadro de variables con la codificación de cada ítem (libro de códigos), para posteriormente proceder al llenado de la matriz de datos con los códigos asignados a las respuestas. Al final se procedió al ingreso de los datos de la matriz en el programa SPSS 22 Statistical Package for the Social Sciences a fin de ser procesados.

Utilizamos la estadística descriptiva para presentar un resultado que representara a todo el conjunto de datos, agrupados en función de las dimensiones de las variables de estudio.

Primero se utilizó un análisis descriptivo de frecuencias simples para cada una de las variables y para describir la relación entre estas nos valimos del coeficiente de contingencia; representando los datos en tablas de frecuencias y de contingencia. Se utilizó la prueba estadística no paramétrica chi cuadrada, la cual es una prueba que sirve para evaluar hipótesis acerca de la relación de dos variables categóricas. La hipótesis a probar es correlacional y las variables

involucradas son dos y el nivel de medición de las variables es nominal u ordinal. (31).La agrupación de dimensiones y variables se realizó de la siguiente manera:

### V1

Dimensiones	Calificación y puntaje			
	Competencia Técnica	Inadecuada 0 - 1	Median. Adecuada 2 - 3	Adecuada 4 - 5
Abastecimiento de insumos esenciales	Inadecuada 0 - 3		Adecuada 4	
Información brindada a la gestante	Inadecuada 0 - 1	Median. Adecuada 2 - 3	Adecuada 4 - 5	
Interrelación profesional - gestante	Inadecuada 0 - 1	Median. Adecuada 2 - 3	Adecuada 4 - 5	
Sistema seguimiento	No Existe 0 - 2		Existe 3 - 4	
Accesibilidad y disponibilidad	Inaccesible 0 - 4		Accesible 5 - 6	
Organización	Mala 0	Regular 1	Buena 2	muy buena 3
Aceptabilidad	No 0		Si 1	
<b>CALIDAD</b>	<b>Mala</b> <b>0 - 7</b>	<b>Regular</b> <b>8 - 14</b>	<b>Buena</b> <b>15 - 20</b>	

### V2

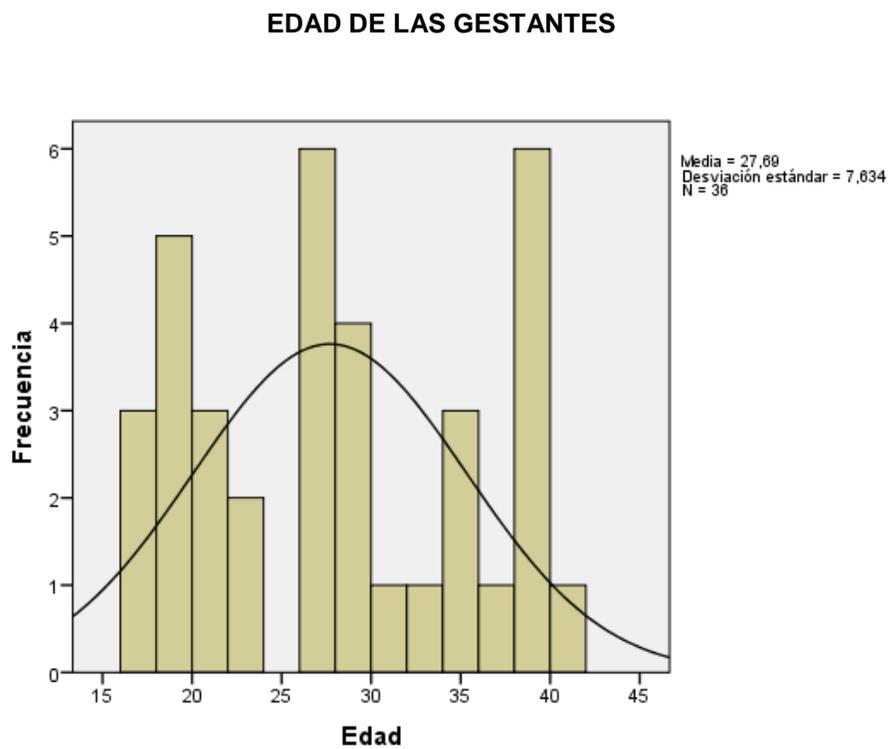
Dimensiones	Calificación y puntaje	
	Inicio control prenatal	Adecuado 9 – 13 sem
Frecuencia control prenatal	Infrecuente 0 - 5	Frecuente 6 controles
Cumplimiento Ex. Auxiliares	Incumplimiento 0 - 8	Cumplimiento 9
Cumplimiento suplementación	Incumplimiento 0 - 2	Cumplimiento 3
Cumplimiento psicoprofilaxis	Incumplimiento 0 - 4	Cumplimiento 5 -6 sesiones
<b>ADHERENCIA</b>	<b>No</b> <b>0 - 7</b>	<b>Si</b> <b>8 - 10</b>

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1. Procesamiento de datos: resultados

#### Datos generales

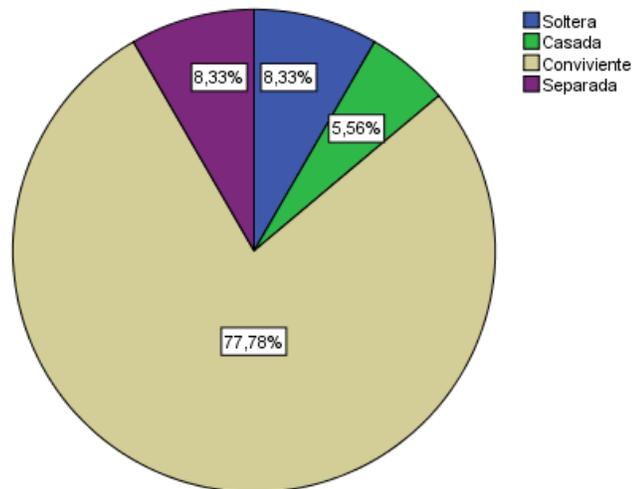
Gráfico 1.



Respecto a la edad de las gestantes el promedio es de 27 años, con una desviación estándar de 7.6 años

Gráfico 2.

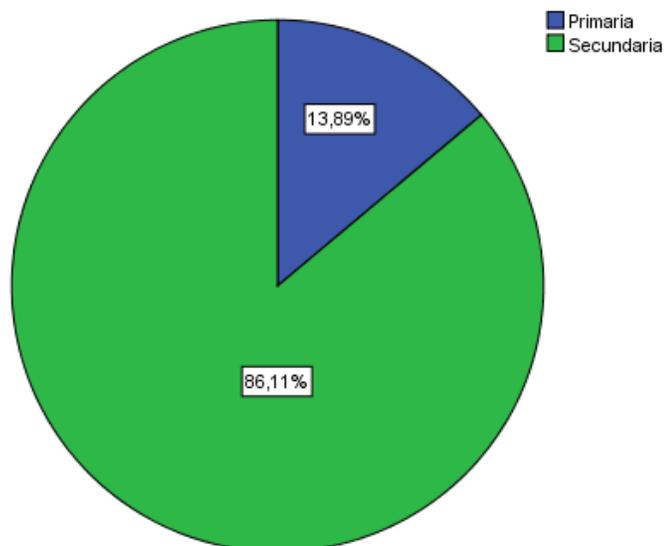
### ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES



Respecto al estado civil de las gestantes el 83.34% están unidas por convivencia, el 5.56% son casadas, el 8.33% son separadas y el 8.33% son solteras.

Gráfico 3.

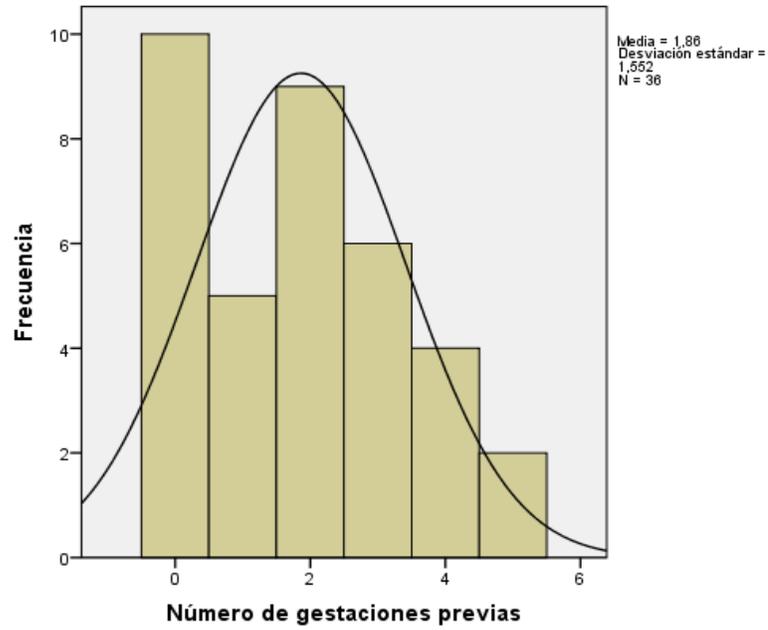
### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES



En cuanto al grado de instrucción, el 86.11% de encuestadas tiene instrucción secundaria y el 13.89% instrucción primaria.

Gráfico 4.

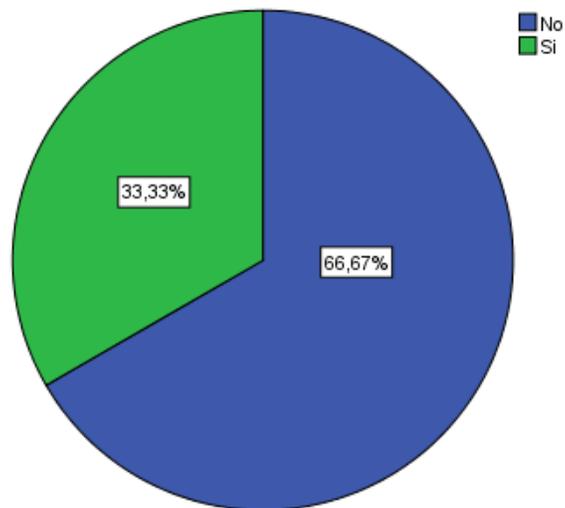
### NÚMERO DE GESTACIONES PREVIA



El promedio de gestaciones previas es de 2, con una desviación estándar de 1.5

Gráfico 5.

### GESTANTES QUE TRABAJAN



El 33.3 % de gestantes manifiestan que trabajan, el 66.6% no trabaja.

## Variable 1

Tabla 3.

### DIMENSIONES DE LA VARIABLE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>
Competencia técnica	Med. Adecuada	16	44.4
	Adecuada	20	55.6
	<b>TOTAL</b>	36	100
Abastecimiento de insumos	Inadecuado	4	11.1
	Adecuado	32	88.9
	<b>TOTAL</b>	36	100
Información a la gestante	Inadecuada	7	19.4
	Med. Adecuada	24	66.7
	Adecuada	5	13.9
<b>TOTAL</b>	36	100	
Interrelación Profesional gestante	Med. Adecuada	11	30.6
	Adecuada	25	69.4
	<b>TOTAL</b>	36	100
Seguimiento de la usuaria	No existe	9	25
	Existe	27	75
	<b>TOTAL</b>	36	100
Accesibilidad	Inaccesible	4	11.1
	Accesible	32	88.9
	<b>TOTAL</b>	36	100
Organización del servicio	Regular	15	41.7
	Buena	7	19.4
	Muy buena	14	38.9
<b>TOTAL</b>	36	100	
¿Está conforme con la atención?	No	9	25
	Si	27	75
	<b>TOTAL</b>	36	100

En lo que respecta a las dimensiones de la variable calidad de atención tuvieron una calificación adecuada, la competencia técnica en el 55% de las gestantes, el abastecimiento de insumos en el 88.9%, la información a la gestante en el 69.4% y la interrelación profesional gestante en el 69.4%. Asimismo el 75% de gestantes consideró que existía seguimiento de la usuaria, el 88.9% consideró que hay accesibilidad, el 38.9% calificó la organización como muy buena y el 75% de gestantes estuvo conforme con la atención.

**Tabla 4.**

**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL  
DE OBSTETRICIA**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>
Calidad de atención	Regular	12	33.3
	Buena	24	66.7
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

En cuanto a la calidad de atención del profesional de obstetricia el 66.7% de gestantes entrevistadas la consideró buena, el 33.3% la consideró regular.

**Tabla 5.**

**DIMENSIONES DE LA VARIABLE ADHERENCIA DE LAS GESTANTES AL CONTROL  
PRENATAL**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>
Inicio de control prenatal	Adecuado	34	94.4
	Ideal	2	5.6
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Frecuencia de control prenatal	Inadecuada	14	38.9
	Adecuada	22	61.1
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Cumplimiento de exámenes auxiliares	No	4	11.1
	Si	32	88.9
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Cumplimiento de toma de suplementos	No	17	47.2
	Si	19	52.8
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Cumplimiento de psicoprofilaxis	No	13	36.1
	Si	23	63.9
	<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Respecto a las dimensiones de la variable adherencia de las gestantes al control prenatal, el inicio del control prenatal fue adecuado en el 94.4% de encuestadas, la frecuencia de control prenatal fue adecuada en el 61.1% de gestantes, el 88.9% de gestantes cumplió con realizarse los exámenes auxiliares, cumplieron con la toma de suplementos el 52.6% y con las sesiones de psicoprofilaxis el 63.9%

**Tabla 6.**

**ADHERENCIA DE LA GESTANTE AL CONTROL PRENATAL**

VARIABLE		FRECUENCIA	%
Adherencia al control prenatal	No	15	41.7
	Si	21	58.3
<b>TOTAL</b>		36	100

En cuanto a la adherencia de la gestante al control prenatal, se encontró que el 58.3% de ellas tuvieron adherencia a su control prenatal.

**Tabla 7.**

**COMPETENCIA TÉCNICA DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			Adherencia		Total
			No existe	Existe	
<b>Competencia Técnica</b>	Med. adecuada	N°	8	8	16
		%	53,3%	38,1%	44,4%
	Adecuada	N°	7	13	20
		%	46,7%	61,9%	56,6%
<b>Total</b>	N°		15	21	36
	%		100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 0.823 p: 0.364

Al examinar la relación entre competencia técnica del profesional de Obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal se encontró que del total de gestantes que no tuvieron adherencia, el 46.7% consideró que los profesionales tuvieron adecuada competencia técnica; de forma similar, de las gestantes que tuvieron adherencia el 61.9% consideró que los profesionales tuvieron competencia técnica adecuada. Como se observa no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 8.**

**ABASTECIMIENTO DE INSUMOS ESENCIALES Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			Adherencia		Total
			No existe	Existe	
<b>Abastecimiento</b>	Inadecuado	N°	3	1	4
		%	20,0%	4,8%	11,1%
	Adecuado	N°	12	20	32
		%	80,0%	95,2%	88,9%
<b>Total</b>	N°		15	21	36
	%		100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 2.057 p: 0.151

En cuanto a la relación entre el abastecimiento de insumos y su relación con la adherencia de las gestantes a su control prenatal, el 80% de gestantes que no tienen adherencia consideran que fue adecuado, lo mismo consideran el 95.2% de las gestantes que tienen adherencia. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 9.**

**INFORMACIÓN BRINDADA A LA GESTANTE Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			ADHERENCIA		Total
			No existe	Existe	
<b>Información a la gestante</b>	Inadecuada	N°	4	3	7
		%	26,7%	14,3%	19,4%
	Med. adecuada	N°	11	13	24
		%	73,3%	61,9%	66,7%
	Adecuada	N°	0	5	5
		%	0,0%	23,8%	13,9%
<b>Total</b>	N°		15	21	36
	%		100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 4.433 p: 0.109

En relación a la información brindada a la gestante y la adherencia de las mismas a su control prenatal se encontró que del total de gestantes que no tuvieron adherencia el 73.3% consideró que tuvo información medianamente adecuada, lo mismo consideraron el 61.9% de las que tuvieron adherencia. No se encuentra diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 10.**

**INTERRELACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA - GESTANTE Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			Adherencia		Total
			No existe	Existe	
<b>Interrelación Profesional Gestante</b>	Medianamente Adecuado	N°	8	3	11
		%	53,3%	14,3%	30,6%
	Adecuado	N°	7	18	25
		%	46,7%	85,7%	69,4%
<b>Total</b>		N°	15	21	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 6.287 p: 0.012

En cuanto a la interrelación profesional de obstetricia - gestante y su correspondencia con la adherencia al control prenatal se encontró que del total de gestantes que no tuvieron adherencia el 46.7% consideró que tuvo relaciones adecuadas, asimismo lo consideraron el 85.7% de gestantes con adherencia. Se encuentra diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 11.**

**SEGUIMIENTO DE LA USUARIA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			Adherencia		Total
			No existe	Existe	
<b>Sistema de seguimiento</b>	No existe	N°	6	3	9
		%	40,0%	14,3%	25,0%
	Existe	N°	9	18	27
		%	60,0%	85,7%	75,0%
<b>Total</b>		N°	15	21	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 3.086 p: 0.079

Respecto a la relación entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de gestantes al control prenatal se encontró que el 60% de las gestantes que no tienen adherencia consideran que si existe seguimiento al igual que el 85.7% de las que tienen adherencia. No se encuentra diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 12.

**ACCESIBILIDAD, DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO DE OBSTERICIA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			Adherencia		Total
			No existe	Existe	
<b>Accesibilidad y disponibilidad</b>	Inaccesible	N°	1	3	4
		%	6,7%	14,3%	11,1%
	Accesible	N°	14	18	32
		%	93,3%	85,7%	88,9%
<b>Total</b>	N°		15	21	36
	%		100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 0.514 p: 0.473

En lo concerniente a la relación entre la accesibilidad y disponibilidad del servicio con la adherencia de las gestantes a su control prenatal, se halló que el 93.3% de las que no tienen adherencia consideran que hay accesibilidad, lo mismo opina el 85.7% de las que tienen adherencia. No se aprecia diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 13.

**ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO POR PARTE DE LA USUARIA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			ADHERENCIA		Total
			No existe	Existe	
<b>Como califica la Organización</b>	Regular	N°	11	4	15
		%	73,3%	19,0%	41,7%
	Buena	N°	2	5	7
		%	13,3%	23,8%	19,4%
	Muy buena	N°	2	12	14
		%	13,3%	57,1%	38,9%
<b>Total</b>	N°		15	21	36
	%		100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 11.001 p: 0.004

En lo que respecta a la relación entre la calificación de la organización del servicio y la adherencia de las gestantes a su control prenatal, se halló que el 13.3% de las que no tienen adherencia la califican como muy buena, tal como el 57.1% de las que tienen adherencia. Se encontró que hay diferencia estadística muy significativa.

**Tabla 14.**

**ACEPTABILIDAD DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			Adherencia		Total
			No existe	Existe	
<b>Conformidad con la atención</b>	No	N°	6	3	9
		%	40,0%	14,3%	25,%
	Si	N°	9	18	27
		%	60,0%	85,7%	75,0%
<b>Total</b>		N°	15	21	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 3.086 p: 0.079

Respecto a la relación entre la aceptabilidad del servicio y la adherencia de las gestantes a su control prenatal se encontró que el 60% de las que no tienen adherencia están conformes con la atención, así como el 85.7% de las que tienen adherencia. Se encontró que no hay diferencia estadística significativa.

**Tabla 15.**

**CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL**

			ADHERENCIA		Total
			No existe	Existe	
<b>CALIDAD</b>	Regular	N°	10	2	12
		%	66,7%	9,5%	33,3%
	Buena	N°	5	19	24
		%	33,3%	90,5%	66,7%
<b>Total</b>		N°	15	21	36
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi: 12.857 p: 0.001

Al analizar la relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal se encontró que el 33.3% de las que no tienen adherencia consideraron que tuvieron buena calidad de atención, de igual manera opinaron el 90.5% de las que presentaron adherencia. Se encontró diferencia estadística muy significativa.

## **4.2. Prueba de Hipótesis**

### **1. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco de la DIRESA Callao?

### **2. Formulación de la hipótesis de trabajo**

Existe una relación entre la atención de calidad del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco de la DIRESA Callao

### **3. Formulación de la hipótesis estadística**

Variable 1: Calidad de atención del profesional de obstetricia

Tipo de variable: Cualitativa

Variable 2: Adherencia de las gestantes a su control prenatal

Tipo de variable: Cualitativa

Las hipótesis estadísticas serán:

**HIPÓTESIS NULA**

Ho: No existe relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

**HIPÓTESIS ALTERNA**

H1: Existe relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

### **4. Selección de la prueba estadística**

Considerando que se tenía dos variables cualitativas y un grupo independiente, y dado el interés en ver la relación existente entre ellas, se optó por utilizar la Chi cuadrada cuya fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Se consideró un nivel de significancia de 95%, con un error o nivel crítico de 5%.

A continuación se estableció el estadístico de prueba Chi tabla

#### F. OBSERVADAS

		ADHERENCIA		TOTAL
		No existe	Existe	
CALIDAD	Regular	10	2	<b>12</b>
	buena	5	19	<b>24</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>36</b>
		0,417	0,583	

Estableciendo grados de libertad:

$$GL = (N^\circ \text{ colum} - 1) \times (N^\circ \text{ filas} - 1)$$

$$GL = 1$$

Considerando GL y nivel crítico y empleando la tabla tenemos

$$X^2 \text{ Tabla} = 3.841$$

Para calcular el Chi crítico:

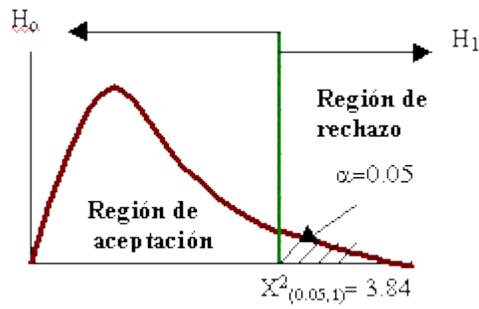
#### F. ESPERADA

		ADHERENCIA		TOTAL
		No existe	Existe	
CALIDAD	Regular	5	7	<b>12</b>
	buena	10	14	<b>24</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>36</b>

Calculando  $p = 0,00034$

Calculando  $X^2$  crítico = 12,85

Tomando decisión:



El valor de  $X^2$  tabla es 3,84. El valor de  $X^2$  prueba es 12,8 y se encuentra en zona de rechazo de  $H_0$ .

### 5. Conclusión:

Por lo tanto podemos concluir que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna que dice que existe relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

### 4.3. Discusión de resultados

El control prenatal es reconocido como una estrategia muy importante en la detección temprana y reducción de riesgos a la mortalidad materna, para esto hay que asegurar el cumplimiento por parte de las gestantes a todas las actividades programadas a lo largo de su gestación.

#### Discusión 1:

La **HE1** dice: “Existe una relación entre la competencia técnica del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco”. Analia Domínguez (16) en un estudio sobre Calidad de atención del profesional obstétrico y el grado de satisfacción de las usuarias en la atención primaria de la salud en Santiago del Estero encontró que el desempeño profesional fue calificado por las gestantes como muy bueno en el 100% de los profesionales y el 93.75% consideró haber recibido una atención de calidad. Asimismo Oscar Munares (20) en su Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, encontró que el 83.6% de gestantes calificó como adecuada la capacidad profesional. Los resultados de la Tabla 7 del presente estudio muestran que el 61.9% de gestantes que tuvieron adherencia consideraron que la competencia técnica fue adecuada, no se encontró diferencias estadísticas significativas entre las dos subvariables. Frente a todo esto, en esta investigación, se opina que no sólo la competencia técnica adecuada asegura la adherencia de la gestante, ésta puede verse influenciada por factores sociales, económicos y culturales inherentes a la gestante, frente a los cuales .no podemos tener control. Se concluye que no hay relación entre la competencia técnica de los profesionales de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

#### Discusión 2:

La **HE2** dice: “Existe una relación entre el abastecimiento de insumos esenciales y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro

de Salud Acapulco”. Cáceres- Manrique FM (1) indica que entre los factores asociados a la baja adherencia al control prenatal se encuentran la baja situación socioeconómica, las barreras financieras, no tener seguro de salud; en el caso de las gestantes que acuden al centro de salud Acapulco todas están aseguradas en el SIS. En la Tabla 8 se muestra que el 88.9% de gestantes consideran que el abastecimiento fue adecuado, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el abastecimiento de medicamentos y la adherencia de las gestantes. Frente a esto, se opina no sólo el abastecimiento asegura la adherencia de gestantes, sin embargo hay que considerar la importancia de asegurar el 100% de abastecimiento e insumos necesarios para la atención de las gestantes. Se concluye que no hay relación entre el abastecimiento de medicamentos e insumos y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

#### Discusión 3:

La **HE3** dice: “Existe una relación entre la información brindada a las gestantes por el profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco”. Pedro Ospina (17) en su estudio Evaluación del programa de control prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur primer nivel, encontró que sólo el 34.9% de gestantes recibieron charlas o talleres sobre cuidados del embarazo y postparto, sin embargo el 86.6% manifestó no haber faltado nunca a su control prenatal. En la Tabla 9 se observa que el 13.9% consideró que tuvo información adecuada, el 66.7% la consideró medianamente adecuada; no se encuentra diferencia estadísticamente significativa. Frente a todo esto, en esta investigación, se

opina que la información por sí sola no determina la adherencia de las gestantes, así como también lo demuestran los resultados de Ospina. Se concluye que no hay relación entre la información brindada a las gestantes y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

#### Discusión 4:

La **HE4** dice: “Existe una relación entre la interrelación profesional de obstetricia – usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco”. Sonia Merino (15) en el estudio Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo, concluye que se debe fortalecer la relación médico paciente en especial en lo referido a las indicaciones que se da a la paciente para la toma de la medicación y los efectos adversos. En la Tabla 10 se observa que el 69.4% de gestantes considera que existe una interrelación adecuada con el profesional de obstetricia, encontrando una diferencia significativa entre las variables interrelación profesional usuaria y la adherencia de las gestantes. Frente a todo esto en esta investigación se considera que es importante que las profesionales de obstetricia continúen desarrollando una relación personalizada con cada gestante, indagando sobre sus aspectos personales, familiares y sociales. Se concluye que hay relación entre la interrelación profesional usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal ( $p=0.01$ ).

#### Discusión 5:

La **HE5** dice: “Existe una relación entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud

Acapulco”. Según la organización mundial de la salud (1,985) la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima (3). .En la Tabla 11 se muestra que 75% de gestantes consideran que existe seguimiento, no encontrando diferencia significativa entre las subvariables seguimiento y adherencia al control prenatal. Frente a lo presentado se opina que es importante un seguimiento permanente a fin de asegurar la continuidad de la atención de la gestante. Se concluye que no hay relación entre el seguimiento y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

#### Discusión 6:

La **HE6** dice: “Existe una relación entre la accesibilidad, disponibilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco”. Alix Lozano (12) en su estudio Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado de Sabana de Torres, encontró que existen condiciones de accesibilidad como el transporte, falta de dinero, ubicación del hospital que no permitieron que la gestante asistiera a su cita programada en el 45% de encuestadas, siendo uno de los factores asociados a la no adherencia al Programa de control prenatal. Astrid Noguera (11) en su estudio 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 Popayán encontró acceso a las citas y puntualidad de la atención en el 10% de gestantes encuestadas concluyendo que la falta de

oportunidad en la atención genera deserción en el control prenatal. En la Tabla 12 observamos que el 88.9% de gestantes consideran accesible el servicio, no se encuentra diferencia estadísticamente significativas. Frente a todo esto en esta investigación se opina que la falta de accesibilidad es una de las limitantes para que las gestantes persistan en sus controles. Se concluye que no hay relación entre la accesibilidad y disponibilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

#### Discusión 7:

La **HE7** dice: “Existe una relación entre la organización del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco”. Oscar Munares (18) en el estudio Factores asociados al abandono al control prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal 2011, encontró entre los factores asociados: incoordinación entre los servicios (OR:1,7), servicios incompletos (OR:4,4), consultorio prenatal difícil de ubicar (OR:1,9), concluyendo que existen factores institucionales asociados al abandono. Paola Camarena (19) en el estudio Asociación entre los factores de abandono al Control Prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina - Essalud concluye que no hubo factores institucionales significativos asociados al abandono. En la Tabla 13 apreciamos que el 38.9% califica la organización del servicio como muy buena, el 19.4% como buena, encontrando una diferencia altamente significativa. Frente a todo esto en esta investigación se opina que hay coincidencia con lo encontrado en el estudio de Munares y que una buena organización del servicio influye en la no deserción de las

gestantes. Se concluye que hay relación entre la organización del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal ( $p=0.001$ ).

#### Discusión 8:

La **HE8** dice: “Existe una relación entre la aceptabilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco”. La Encuesta Nacional de Hogares 4 (2004), encontró que en Lima Metropolitana entre las razones por las cuales las personas no acudieron a recibir atención el 12,3%, manifestó falta de confianza con el personal o porque demoraban la atención y 11% alegaba otras razones como “maltrato por parte del personal de salud”. Domínguez (16) en su investigación Calidad de atención del profesional obstétrico y el grado de satisfacción de las usuarias en la atención primaria de la salud en Santiago del Estero, encontró que el 93.75% de gestantes consideraron haber sido atendidas con amabilidad y haber recibido atención de calidad. En la Tabla 14 observamos que el 75 % de gestantes están conformes con el servicio, no se encontró diferencias significativas entre las subvariables aceptabilidad del servicio y adherencia al control prenatal. Frente a todo esto en esta investigación se opina que una de las razones por las cuales los pacientes desertan de la atención médica es la insatisfacción con el servicio. Se concluye que no hay relación entre la aceptabilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.

La **HG** dice: “Existe una relación entre la atención de calidad del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro

de Salud Acapulco de la DIRESA Callao” Carlos Villacis (10) en su estudio Adherencia al Control Prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativa de Bogotá encontró que el cumplimiento de las recomendaciones para el control prenatal tuvo porcentaje mayores (67.2%) en el grupo de pacientes que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes, sin significancia estadística; concluye que una consulta especial y dedicada al control de la gestante adolescente mejora significativamente la asistencia en comparación a un control convencional.

Alix Lozano (12) en su estudio sobre Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado de Sabana de Torres encontró que el 97% de gestantes estuvieron satisfechas con la atención médica y que el 96% recomendaría el programa de control prenatal. Oscar Munares 2011 (18) en su estudio Factores asociados al abandono al control prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal 2011 encontró que la calidad inadecuada del control prenatal estaba asociado al abandono del control prenatal, Paola Camarena (19) en el estudio Asociación entre los factores de abandono al Control Prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina - Essalud – 2011 encontró que hubo relación entre la consulta de baja calidad (OR: 3,3) y percepción de la calidad de la atención (OR: 4,1) con el abandono del control prenatal.

Pedro Ospina (17) en su estudio Evaluación del programa de control prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur primer nivel Noviembre 2007 concluye que el resultado del programa de control prenatal en términos de satisfacción y percepción de calidad por las gestantes fue aceptable y que el

86.6% de gestantes manifestó no haber faltado nunca a su control prenatal. En la Tabla 15 se observa que el 66.7% de pacientes encuestadas consideran que la calidad de atención es buena. El 90.5% de las gestantes que tienen adherencia al control prenatal consideran que la calidad de atención es buena, se ha encontrado diferencia estadística muy significativa. Frente a todo esto en esta investigación se opina que una atención de buena calidad asegura la adherencia al control prenatal, siendo la interrelación profesional gestante y la aceptabilidad del servicio las que influyen directamente. Se concluye que hay relación entre la calidad del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal ( $p=0,001$ ).

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

Al relacionar la competencia técnica de los profesionales de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal (Tabla 7) se encuentra  $X^2$ : 0.823 con  $p= 0.364$ , mayor que el valor de significancia; entonces no existen diferencias estadísticamente significativas concluyendo que no existe relación entre las dos variables.

En la Tabla 8. Abastecimiento de insumos esenciales y su relación con la adherencia al control prenatal se halló  $X^2$ : 2.057 con  $p= 0.151$ , no encontrando diferencia estadísticamente significativa entre los mismos.

Al relacionar La información brindada a la gestante y la adherencia al control prenatal (Tabla 9), se encuentra  $X^2$ : 4.433 con  $p= 0.05$ ; no encontrando diferencia estadísticamente significativa.

En la interrelación profesional de obstetricia gestante y su relación con la adherencia al control prenatal (Tabla 10), se encuentra  $X^2$ : 6.287 con  $p= 0.012$ , encontrando diferencia estadísticamente significativa; por lo que se concluye que existe relación entre ambas variables.

Al relacionar el seguimiento de las usuarias y la adherencia al control prenatal (Tabla 11) se halla un  $X^2$ : 3.086 con  $p= 0.079$ , no encontrando diferencia estadísticamente significativa.

La accesibilidad y disponibilidad del servicio y su relación con la adherencia al control prenatal (Tabla 12) muestra  $X^2$ : 0.514 con  $p= 0.473$ , no mostrando diferencia estadísticamente significativa.

En lo que respecta a la organización del servicio por parte de la usuaria y su relación con la adherencia de las gestantes al control prenatal (Tabla 13) se encuentra  $X^2$ : 11.001 con  $p=0.004$ , menor que el valor de significación, hallando una diferencia estadística muy significativa; por lo que se concluye que existe relación entre ambas variables.

La aceptabilidad del servicio y su relación con la adherencia al control prenatal (Tabla 14) presenta  $X^2$ : 3.086 con  $p= 0.079$ ; no encontrando diferencia estadísticamente significativa.

Finalmente respecto a la calidad de atención del profesional de obstetricia y su relación con la adherencia de la gestante a su control prenatal (Tabla 15) se encuentra  $\chi^2$ : 12.867 con  $p= 0.001$ , menor que el valor de significación; hallando diferencia estadística muy significativa; por lo que se rechaza la hipótesis nula y aceptándose la hipótesis de estudio y se concluye que existe relación entre ambas variables.

## 6. 2. Recomendaciones

En lo referente a la competencia técnica del profesional de obstetricia habría que mejorar la capacidad de los profesionales para brindar información a las gestantes así como el uso de los registros. Se recomienda supervisión mensual por parte de la coordinadora y una sesión de actualización en IEC.

En lo concerniente al abastecimiento de insumos esenciales debe haber una coordinación permanente de los profesionales de obstetricia con el personal responsable de farmacia a fin de asegurar el stock suficiente.

Para reforzar la información brindada a la gestante se debe elaborar cartillas de información con los mensajes más importantes de cada tema, elaborar material audiovisual para difundir en la sala de espera.

Respecto a la interrelación profesional de obstetricia – gestante habría que compartir los resultados con los profesionales de obstetricia y tener una sesión de actualización sobre calidad de atención.

Para hacer un buen seguimiento se recomienda en primer lugar tener la información de las gestantes actualizada, asimismo comprometer a las promotoras de salud.

El 90% de gestantes manifiestan que hay accesibilidad y disponibilidad del servicio. Hay que mejorar o al menos seguir manteniendo este porcentaje, asegurando los recursos necesarios en los turnos de atención.

Si bien ninguna usuaria califica el servicio como malo, el 42% lo califica como regular, por lo que se recomienda una reunión para analizar las posibles causas de esta calificación e implantar mejoras.

Si se mejoran los puntos anteriores se incrementará la conformidad del servicio de 75% a más.

En lo que respecta a la calidad de atención habría que mejorar el 33.3% de calificación regular. Por lo tanto se tendría que hacer una reunión de trabajo en la que participen el jefe del establecimiento, coordinador de la Red, profesionales de obstetricia y representante de cada área a fin de exponer los resultados y elaborar un plan de mejora.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres Manrique FM, El control prenatal una reflexión urgente. Rev Colombiana de Obst y Gin, 2009; Vol 60. (2) 165-170  
Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf>
2. ENDES 2013, Salud Materna, 2014 cap 8, p. 2014, 214-219 [09 -02-2015].  
Disponible en:  
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR299.pdf>
3. Conceptos generales de calidad  
Disponible en:  
[http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod\\_resource/content/1/TEMA\\_1.pdf](http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf)
4. MINSA. Proyecto Cobertura con Calidad. Análisis de los resultados obtenidos en la Evaluación de indicadores seleccionados de Salud Materna y Perinatal y propuesta de criterios para la institucionalización del monitoreo y evaluación. Consultoría realizada por el Eco. Gustavo Céspedes. Lima: MINSA 2006.
5. Gutiérrez J, Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un hospital general de Lima. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(1): 61-65
6. Reynaga Céspedes R, Calidad de atención en salud en el Perú: un punto de vista, Gestión pública y desarrollo; Mayo 2011; [A12-A15]  
Disponible en:  
[http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/mayo/revges\\_1248.pdf](http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/rxv5t4/1029474941/enl4ce/2011/mayo/revges_1248.pdf)
7. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Una instantánea de la salud mundial. Organización Mundial de la Salud 2012  
Disponible:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)
8. Bello Sánchez Y, Calidad de la atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Num. 73 del IMSS Poza Rica, Ver 2014 [Tesis para título de Medicina Familiar] Veracruz; 2014 [09-02-2015]  
Disponible en:  
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-yareni.pdf>

9. Cordero Tous N, Horcajadas Almansa A, Bermúdez Gonzales BJ, Tous Zamora B, Calidad percibida en hospitales del servicio sanitario Andaluz. El caso de los servicios de neurocirugía Revista de Calidad asistencial 2014; 29 (06) 311-319 [10-02-2015]  
Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-calidad-percibida-hospitales-del-servicio-90373422>
10. Villacis Vallejos C, Becerra Cornejo D, Negrete Kerguelen L, Adherencia al Control Prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativa de Bogotá [Tesis especialidad Obstetricia y Ginecología] Bogotá; 2012 [09-02-2015]  
Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/6455/1/598441.2012.pdf>
11. Noguera Ramírez AM, Dueñas Martínez MC, 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 Popayán. [Tesis especialidad gerencia en salud] Cauca; 2011 [09-02-2015]  
Disponible en:  
<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1>
12. Lozano Cuadros AX, Cala Florez AC, Molina Bueno HM, Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado de Sabana de Torres [Tesis especialidad auditoria en salud] Bucamaranga; 2011 [09-02-2015]  
Disponible en:  
[http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1483/2/Factores\\_asociados\\_adherencia.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1483/2/Factores_asociados_adherencia.pdf)
13. Álvarez JS, Caballero F, Castaño Castrillón JJ, Cumplimiento de las Actividades de Promoción y Prevención en el Control Prenatal en una Entidad de 1° Nivel, Manizales, años 2005-2007 Archivos de Medicina 2010 Vol10 (1):19-30 [10-02-2015]  
Disponible en:  
[http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos\\_medicina/html/publicaciones/edicion\\_10-1/Arch\\_de\\_Medicina\\_10\\_1.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/edicion_10-1/Arch_de_Medicina_10_1.pdf)
14. Correia Loureiro SM, Miranda González FJ, Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa 2010; 16, (2,) 27-41, [10-02-2015]  
Disponible en:  
<http://www.aedem-virtual.com/articulos/iedee/v16/162027.pdf>

15. Merino Almaraz SN, Lozano Beltrán DN, Torrico F. Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. *Gac Med Bol* [online]. 2010, vol.33, n.2, pp. 21-25. ISSN 1012-2966.[10-02-2015]  
Disponible en:  
<http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v33n2/a06.pdf>
16. Domínguez AV, Calidad de atención del profesional obstétrico y el grado de satisfacción de las usuarias en la atención primaria de la salud en Santiago del Estero – Capita [Tesis maestría] Santiago de Estero; 2008.Tesis [10-02-2015]  
Disponible en:  
<http://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/241>
17. Ospina Restrepo PN, Gómez Barrios JJ, Ramírez Anaya AA, García Uscátegui E, Evaluación del programa de control prenatal en la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur primer nivel Noviembre 2007 [Tesis especialidad Auditoría en Salud] Apartado; 2008 [09-02-2015]  
Disponible en:  
<http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/313/1/Evaluacion%20del%20Programa%20de%20Control%20Prenatal%20en%20la%20ESE%20HARB%20de%20Apartado.pdf>
18. Munares García OF; Factores asociados al abandono al control prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal 2011 [Tesis doctoral] Lima; 2014 [10-02-2015]  
Disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3775>
19. Camarena Rodríguez PA, Asociación entre los factores de abandono al Control Prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina - Essalud – 2011 [Tesis Maestría] Lima; 2012 [10-02-2015]  
Disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2954>
20. Munares García OF, Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima [Tesis maestría]. Lima: 2005 [09-02-2015]  
Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/munares\\_go.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/munares_go.pdf)
21. Seclen-Palacín JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;Vol 16(3):149–157.  
Disponible en:  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23084.pdf>

22. Seclen-Palacín JA, Jacoby ME, Benavides CB, Novara VJ, Velásquez VA, Watanabe VE, Arroyo VC, Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000, Rev. Bras.saúde matern infant; 3(4):421-438, out.-dez. 2003. ilus, tab. [15 -02-2015]  
Disponible en:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=359483&indexSearch=ID>
23. Gonzales Díaz HE, Trabajo de Investigación IV Calidad de la Atención. [12-02-2015]  
Disponible en:  
<http://www.aiu.edu/applications/DocumentLibraryManager/upload/HECTOR%20EDUARDO%20GONZALEZ%20DIAZ.doc>
24. Creel LC, Sass JC, Yinger NV, Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad, Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención N°1, Population Reference Bureau Connecticut 2002 [09-02-2015]  
Disponible en:  
[http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview_Sp.pdf)
25. Bruce Judith Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Studies in Family Planning, Vol. 21, N° 2. (Mar. – Apr. 1990), pp.61-91  
Stable URL:  
<http://links.jstor.org/sici?sici=0039-3665%28199003%2F04%2921%3A2%3C61%3AFEOTQO%3E2.0.CO%3B2-L>
26. Organización Mundial De La Salud (OMS), 2004. Proyecto Sobre Adherencia Terapéutica A Los Tratamientos A Largo Plazo. Disponible en:  
<Http://www.Paho.Org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/Adherencia-Largo-Plazo.pdf>
27. Ortega María del Carmen, López González Santiago y Álvarez Trigueros María (2004). La Adherencia al Tratamiento. Curso en línea de la Universidad de Cantabria, España.  
Disponible en:  
[http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema\\_14.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf)

28. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 – MINSA/DGSP.V.01. Dic 2013  
Disponible en:  
[http://www.diresacusco.gob.pe/salud\\_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM827-2013%20-%20NTS%20DE%20SALUD%20MATERNA.pdf](http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM827-2013%20-%20NTS%20DE%20SALUD%20MATERNA.pdf)
29. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Lima, Ministerio de Salud, 2004 [350] p.; tab; ilustr. [10-02-2015]  
Disponible en:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
30. ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005.
31. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Am Coll Util Rev Physi. 1986; 1(1): 6-12.
32. Fajardo-Ortiz G. Diccionario terminológico de administración de la atención médica. México: Salvat; 1983.
33. Hernández Sampieri, R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M, Metodología de la Investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. de. DE C.V; 2014
34. Sánchez Carlessi H, Reyes Meza C, Metodología y Diseños en la Investigación Científica. 5ª ed. Perú. Business Support Anneth SRL. 2015
35. Vargas Cordero R. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista Educación 33(1), 155-165, ISSN: 0379-7082, 2009  
Disponible en:  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/538/589>

# **ANEXOS**

**Anexo 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**ANEXO 1.**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y LA ADHERENCIA DE LAS GESTANTES A SU CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD ACAPULCO – DIRESA CALLAO 2014**

**AUTOR:** Bach. Carmela Donayre Muñante

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES		
<p><b>Problema General:</b> ¿Qué relación existe entre la calidad del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud Acapulco de la DIRESA callao?</p> <p><b>Sub problemas:</b> ¿Qué relación existe entre la competencia técnica de los profesionales de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?</p> <p>¿Qué relación existe entre el abastecimiento de insumos esenciales y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?</p> <p>¿Qué relación existe entre la información brindada a las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud de la DIRESA Callao.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> Determinar la relación entre la competencia técnica de los profesionales de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.</p> <p>Determinar la relación entre el abastecimiento de insumos esenciales y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.</p> <p>Determinar la relación entre la información brindada a las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe una relación entre la calidad de atención del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud Acapulco de la DIRESA Callao.</p> <p><b>Sub Hipótesis:</b> Existe una relación entre la competencia técnica del profesional de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud Acapulco</p> <p>Existe una relación entre el abastecimiento de insumos y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud Acapulco.</p> <p>Existe una relación entre la información brindada a las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud Acapulco.</p>	<b>Variable Independiente:</b> Calidad de Atención		
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Numero de ítems</b>
			Competencia técnica	Profesional realiza examen completo y registro la atención, brinda información a la gestante y hace uso de registros institucionales respectivos.	3
			Abastecimiento de insumos esenciales	Gestante recibe vacunas, suplementos vitamínicos, minerales y antianémicos.	4
			Información brindada	Gestante enumera al menos tres aspectos sobre cada uno de los temas de información brindada por el obstetra.	5
			Interrelación profesional obst.-gestante	Profesional brinda trato cordial, escucha, dedica tiempo y el tiempo de espera para la atención fue adecuado.	5
			Seguimiento de la usuaria	Gestante conoce y/o comprueba que si falta o la refieren hay un sistema de seguimiento.	3
			Accesibilidad y disponibilidad del servicio	Facilidad de uso del servicio obstétrico	3
			Organización del servicio	Calificación del servicio de obstetricia por parte de la gestante	1
Aceptabilidad de las usuarias	Conformidad de la gestante con la atención recibida.	1			

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES																		
¿Qué relación existe entre la interrelación profesional de obstetricia – gestante y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?	Determinar la relación entre la interrelación profesional de obstetricia – gestante y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.	Existe una relación entre la interrelación profesional de obstetricia – gestante y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el centro de salud Acapulco	<p>Variable <b>Dependiente:</b> Adherencia de las gestantes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Numero de ítems</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicio de control prenatal</td> <td>Gestante tiene primera consulta entre las 6 y 13 semanas de gestación.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento frecuencia y N° de controles mínimos</td> <td>Gestante cumple al menos con un control en cada periodo determinado y con un total de 6 controles como mínimo.</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento de Ex. auxiliares</td> <td>Gestante cumple con realizarse todos los exámenes solicitados.</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento toma de suplementos</td> <td>Gestante cumple con la toma de todos sus suplementos.</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Cumplimiento Psicoprofilaxis</td> <td>Gestante cumple con 5 a 6 sesiones de psicoprofilaxis.</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems	Inicio de control prenatal	Gestante tiene primera consulta entre las 6 y 13 semanas de gestación.	1	Cumplimiento frecuencia y N° de controles mínimos	Gestante cumple al menos con un control en cada periodo determinado y con un total de 6 controles como mínimo.	6	Cumplimiento de Ex. auxiliares	Gestante cumple con realizarse todos los exámenes solicitados.	9	Cumplimiento toma de suplementos	Gestante cumple con la toma de todos sus suplementos.	3	Cumplimiento Psicoprofilaxis	Gestante cumple con 5 a 6 sesiones de psicoprofilaxis.	1
Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems																			
Inicio de control prenatal	Gestante tiene primera consulta entre las 6 y 13 semanas de gestación.	1																			
Cumplimiento frecuencia y N° de controles mínimos	Gestante cumple al menos con un control en cada periodo determinado y con un total de 6 controles como mínimo.	6																			
Cumplimiento de Ex. auxiliares	Gestante cumple con realizarse todos los exámenes solicitados.	9																			
Cumplimiento toma de suplementos	Gestante cumple con la toma de todos sus suplementos.	3																			
Cumplimiento Psicoprofilaxis	Gestante cumple con 5 a 6 sesiones de psicoprofilaxis.	1																			
¿Qué relación existe entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?	Determinar la relación entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.	Existe una relación entre el seguimiento de la usuaria y la adherencia de las gestantes a su control prenatal																			
¿Qué relación existe entre la accesibilidad y disponibilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?	Determinar la relación entre accesibilidad y disponibilidad del servicio de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.	Existe una relación entre la accesibilidad y disponibilidad del servicio de obstetricia, y la adherencia de las gestantes a su control prenatal																			
¿Qué relación existe entre la organización de los servicios de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?	Determinar la relación entre la organización de los servicios de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.	Existe una relación entre la organización de los servicios de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal																			
¿Qué relación existe entre la aceptabilidad de las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal?	Determinar la relación entre la aceptabilidad de las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal.	Existe una relación entre la aceptabilidad de las usuarias y la adherencia de las gestantes a su control prenatal																			

MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS																									
<p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Tipo y nivel:</b> Básico Correlacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> No Experimental, de corte retrospectivo y transversal</p>	<p><b>Población</b></p> <table border="1" data-bbox="533 467 934 634"> <tr> <td colspan="3">334 gestantes ingresadas el 2014</td> </tr> <tr> <td><b>1° Trim</b></td> <td><b>2° trim</b></td> <td><b>3° Trim</b></td> </tr> <tr> <td>204</td> <td>104</td> <td>26</td> </tr> </table> <p>Fuente: Reg. gestantes CS Acapulco</p> <p><b>Muestra</b></p> <table border="1" data-bbox="533 737 934 997"> <tr> <td colspan="2">36 gestantes</td> </tr> <tr> <td>Enero</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Febrero</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Marzo</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Abril</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mayo</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Junio</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Julio</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>(Elaboración propia del Investigador)</p>	334 gestantes ingresadas el 2014			<b>1° Trim</b>	<b>2° trim</b>	<b>3° Trim</b>	204	104	26	36 gestantes		Enero	8	Febrero	7	Marzo	4	Abril	5	Mayo	4	Junio	4	Julio	4	<p>Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados en la investigación son las siguientes:</p> <p><b>Técnica:</b> Entrevista</p> <p><b>Instrumento:</b> Cuestionario estructurado</p>	<p><b>Codificación</b> de datos</p> <p>Elaboración del cuadro de variables</p> <p>Llenado de la matriz</p> <p>Ingreso de datos</p> <p><b>Estadística</b> descriptiva</p> <p>Análisis descriptivo de frecuencias</p> <p>Representación en tablas de frecuencia y contingencia</p> <p><b>Análisis</b></p> <p>Para el análisis de significancia se utilizará la chi cuadrada.</p>
334 gestantes ingresadas el 2014																												
<b>1° Trim</b>	<b>2° trim</b>	<b>3° Trim</b>																										
204	104	26																										
36 gestantes																												
Enero	8																											
Febrero	7																											
Marzo	4																											
Abril	5																											
Mayo	4																											
Junio	4																											
Julio	4																											

# **ANEXO 2 INSTRUMENTO**

**CUESTIONARIO:** Calidad de atención del profesional de obstetricia y adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Acapulco DIRESA Callao

Este cuestionario tiene por objetivo recoger información para un trabajo de investigación cuyo fin es conocer la calidad de atención que brinda el profesional de obstetricia y si esta influye en la adherencia de las gestantes a su control prenatal

1. Edad:
2. Estado civil:  
Soltera.:  Casada:  Conviviente:  Separada:
3. Grado de Instrucción  
Sin instrucción:  Primaria:  Secundaria:  Superior:
4. N° Gestaciones previas:
5. Edad gestacional:
6. ¿Trabaja? Sí:  No:
7. Competencia técnica:

7.1 Examen y registro completo: En la consulta a usted le controlan:

	SI	NO
Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altura uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tocan el vientre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le solicitan análisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2 Capacidad del profesional para brindar información: Cómo calificaría la información que le brindó el profesional de obstetricia:

Adecuada  Medianamente adecuada  Inadecuada

7.3 Utilización de los registros institucionales (verificado por encuestadora):

El profesional utiliza los registros

Siempre  A veces  Nunca

8. **Insumos esenciales disponibles y accesibles.** Usted recibe o ha recibido

	SI	NO
Vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ácido fólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antianémico + Ac.Fólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **Información ofrecida al usuario.** Usted ha recibido información apropiada sobre:

	SI	NO
Preparación para la maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Importancia del control prenatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signos de peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados del RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Interrelación Profesional Obstetricia - Gestante**

a. Trato

El/La profesional le dedicó tiempo suficiente: Si  No

El/La profesional le escuchó atentamente: Si  No

El/La profesional tuvo un trato: Desagradable  Indiferente  Cordial

Confía en su obstetrix: Si  No

b. Tiempo de espera para recibir el servicio

Más de 1 hora:  1 hora:  30 minutos:  15 min:

**11. Seguimiento de la usuaria**

a. Asistió a todas sus citas: Si  No

b. Seguimiento. Conoce que hace el personal de salud o promotor si falta a su cita:

No hace nada:  La llaman:  La visitan:

c. Referencia: Sabe adónde la enviarían si Ud. requiere un examen o consulta especializada:

A un establecimiento privado:  Al hospital:

**12. Accesibilidad y disponibilidad de los servicios**

a. Acceso geográfico. El establecimiento queda:

De 1 hora a más:  De 31-59 min:  A menos de 30 min:

b. Acceso económico. Considera que el precio por el servicio es:

Costoso:  Barato:  Gratuito:

c. Disponibilidad del servicio. Ud. consigue atención en el servicio

Con dificultad:  Cierta dificultad:  Con facilidad:

**13. ¿Cómo califica la ORGANIZACIÓN del servicio?**

Mala:  Regular:  Buena:  Muy buena:

**14. Aceptabilidad**

¿Está conforme con la atención recibida? Si:  No

**15. Inicio de control prenatal**

6-8 sem:  9-13 sem:

**16. Cumplimiento de frecuencia y N° de controles: Tuvo al menos 1 control en cada uno de las siguientes semanas y un total de 6 como mínimo.**

	SI	NO
< 14 semana de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 – 21 semana de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 -24 semana de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - 32 semana de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 – 36 semana de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 – 40 semana de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Exámenes auxiliares:

	SI	NO
Grupo y RH en primer control		
Hemoglobina – Hematocrito en 1° Control		
Hemoglobina – Hematocrito en 37 – 40 sem		
Orina en 1° Control		
Orina en 37 – 40 sem		
Glucosa en primer control		
Detección de sífilis en primer control		
Detección de VIH en primer control		
Ecografía en primer control		

18. Ha cumplido con las tomas de:

	SI	NO
Ac. Fólico		
Antianémico+ Ac. Fólico		
Calcio		

19. ¿Cuántas sesiones de psicoprofilaxis tiene?

**ANEXO 3**  
**VARIABLES**

## ANEXO 3:

## VARIABLES TESIS

Variables	Subvariables	Tipo	Escala	Indicador	Cód	Fuente verificación	
C A L I D A D  D E  A T E N C I O N	<b>Competencia técnica:</b> Examen y registro						
	Le controlan peso	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario	
	Le controlan talla	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Le controlan P.A.	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Le controlan A.U.	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Le tocan el vientre	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Le solicitan análisis	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	<b>Competencia técnica:</b> Capacidad de brindar información	Cualitativa	Nominal	Inadecuada Med adecuada Adecuada	0 1 2		Cuestionario
	<b>Competencia técnica:</b> Utilización de los registros	Cualitativa	Nominal	Nunca A veces Siempre	0 1 2		Cuestionario
	<b>Abastecimiento de insumos</b>						
	Recibe vacunas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario	
	Recibe Ac. Fólico	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Recibe antianémicos +Ac. Fólico	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Recibe calcio	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	<b>Información a la gestante</b>						
	Preparación maternidad	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario	
	Importancia CPN	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Signos de peligro	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Lactancia materna	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
	Cuidados del RN	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		

	<b>Subvariables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Cod</b>	<b>Fuente verificación</b>
	<b>Relaciones interpersonales</b>					
	El trato del/la profesional fue	Cualitativa	Nominal	Desagradable Indiferente Cordial	0 1 2	Cuestionario
	Le dedicó tiempo suficiente	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Sus explicaciones son entendibles	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Confía en su Obstetriz	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Tiempo para recibir servicio	Cuantitativ	Continua	Más de 1 hora 1 hora 30 min 15 min	0 1 2 3	
	<b>Seguimiento a la usuaria</b>					
	Asistió a citas programadas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario
	Seguimiento	Cualitativa	Nominal	No hacen nada La llaman La visitan	0 1 2	
	Referencia	Cualitativa	Nominal	A est. privado A hospital	0 1	
	<b>Acc. y disponib. del servicio</b>					
	Acceso geográfico	Cuantitativ	Discreta	1 hora a más 31-59 min < 30 min	0 1 2	Cuestionario
	Acceso económico	Cualitativa	Ordinal	Costoso Adecuado Gratis	0 1 2	
	Disponibilidad del servicio	Cualitativa	Ordinal	Con dificultad Cierta dificultad Con facilidad	0 1 2	
	<b>Organización del servicio</b>					
	Como califica la organización	Cualitativa	Ordinal	Mala Regular Buena Muy buena	0 1 2 3	Cuestionario
	<b>Aceptabilidad</b>					
	Está conforme con la atención recibida	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario

Variable	Subvariable	Tipo	Escala	Indicador	Cod	Fuente verificación
<b>A D H E R E N C I A  G E S T A N T E S</b>	<b>Inicio CPN</b>	Cuantitativ	Continua	9-13 sem 6-8 sem	0 1	Cuestionario
	<b>Frecuencia de CPN</b>					
	Tuvo al menos 1 control en las siguientes semanas: < 14 semanas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario
	14 -21 semanas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	22-24 semanas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	25-32 semanas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	33-36 semanas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	37-40 semanas	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	<b>Cumplimiento Ex Auxiliares</b>					
	Grupo y factor Rh en 1° control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario
	Hb – Ht en 1° Control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Hb – Ht en 37- 40 sem	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Ex. Orina en 1° control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Ex. Orina en 37 - 40 sem	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Glucosa en 1° control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Detección Sífilis en 1° control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
	Detección VIH en 1° control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	
Ecografía en 1° control	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
<b>Cumplimiento con tomas de</b>						
Acido Fólico	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario	
Antianémico + Ac. Fólico	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
Calcio	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1		
<b>Cumple sesiones psicoprof.</b>						
N° sesiones Psicoprofilaxis	Cuantitativ	Discreta				Cuestionario

	<b>Subvariables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Cod</b>	<b>Fuente verificación</b>
<b>G E N E R A L</b>	Edad	Cuantitativ	Continua			Cuestionario
	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente Separada	0 1 2 3	Cuestionario
	Grado instrucción	Cualitativa	Ordinal	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	0 1 2 3	Cuestionari o
	N° gestaciones previas	Cuantitativ	Discreta			Cuestionario
	Edad gestacional	Cuantitativ	Discreta			Cuestionario
	Trabaja	Cualitativa	Nominal	No Si	0 1	Cuestionario

**ANEXO 4**

**DATA DE RESULTADOS**

## VARIABLE 1

### Competencia Técnica

	Frecuencia	Porcentaje
Medianamente adecuada	16	44,4
Adecuada	20	55,6
Total	36	100,0

### Abastecimiento de insumos esenciales

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	4	11,1
Adecuado	32	88,9
Total	36	100,0

### Información brindada a la Gestante

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuada	7	19,4
Medianamente adecuada	24	66,7
Adecuada	5	13,9
Total	36	100,0

### Interrelación Profesional Obstetricia – Gestante

	Frecuencia	Porcentaje
Medianamente adecuada	11	30,6
Adecuada	25	69,4
Total	36	100,0

### Seguimiento de la usuaria

	Frecuencia	Porcentaje
No existe	9	25,0
Existe	27	75,0
Total	36	100,0

### Accesibilidad del Servicio

	Frecuencia	Porcentaje
Inaccesible	4	11,1
Accesible	32	88,9
Total	36	100,0

### Calificación de la Organización

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	15	41,7
Buena	7	19,4
Muy buena	14	38,9
Total	36	100,0

### Conformidad con la atención

	Frecuencia	Porcentaje
No	9	25,0
Si	27	75,0
Total	36	100,0

### Calidad de Atención del Profesional de Obstetricia

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	12	33,3
Buena	24	66,7
Total	36	100,0

### VARIABLE DEPENDIENTE

#### Inicio del Control Prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	34	94,4
Ideal	2	5,6
Total	36	100,0

#### Frecuencia del Control Prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	14	38,9
Adecuado	22	61,1
Total	36	100,0

#### Cumplimiento de exámenes auxiliares

	Frecuencia	Porcentaje
No	4	11,1
Si	32	88,9
Total	36	100,0

### **Cumplimiento de suplementación**

	Frecuencia	Porcentaje
No	17	47,2
Si	19	52,8
Total	36	100,0

### **Cumplimiento de sesiones de psicoprofilaxis**

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	36,1
Si	23	63,9
Total	36	100,0

### **Adherencia de las Gestantes al control Prenatal**

	Frecuencia	Porcentaje
No	15	41,7
Si	21	58,3
Total	36	100,0

003895



**GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



06 ABR. 2016

OFICIO N° 1423 2016-DG/ DIRESA CALLAO/COM. ETIC. INV.

Señora Doctora  
Carmela Teresa Donayre Muñante  
Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente aprobar la realización del Trabajo de Investigación denominado "Relación entre la calidad de atención del personal de obstetricia y la adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Acapulco".

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mis sentimientos de consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO  
-----  
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES  
Director Regional  
C.M.P. 12555

RALM/ENAH/OHAD/

[www.dirsacallao.gob.pe](http://www.dirsacallao.gob.pe)  
[rhumanos@dirsacallao.gob.pe](mailto:rhumanos@dirsacallao.gob.pe)

Jr. Colima N° 879 Bellavista - Callao  
Teléfonos: 4650048-4655279