

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

“Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – Essalud – 2011”

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de Salud

AUTORA

Paola Adela Camarena Rodríguez

Lima - Perú

2012

DEDICATORIA

**A mis padres y a todos aquellos que
me dieron su apoyo incondicional.**

**A mi país, al cual entrego
mi labor para forjar un
sueño llamado PERÚ.**

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, por compartir sus conocimientos, su tiempo, dedicación y sus acertados consejos.

A las gestantes que participaron en la investigación.

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en especial a la Unidad de Posgrado – Facultad de Medicina, por las facilidades brindadas para la realización del trabajo de investigación

INDICE GENERAL

	Pág.
CAPITULO 1: INTRODUCCION	
1.1. Situación problemática.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Justificación teórica.....	6
1.4. Justificación práctica.....	5
1.5. Objetivos.....	8
1.5.1. Objetivo general.....	8
1.5.2. Objetivos específicos.....	8
1.6. Hipotesis.....	8
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	
2.1. Marco Epistemológico de la investigación.....	9
2.2. Antecedentes de la investigación.....	10
2.3. Bases teóricas.....	12
CAPITULO 3: METODOLOGIA.....	28
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION.....	37
4.1. Resultados.....	37
4.2. Discusión.....	44
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
ANEXOS.....	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Datos generales de las pacientes según grupo abandono al control prenatal Hospital I Marino Molina ScippaEsSalud 2011.....	37
Tabla 2. Datos reproductivos según grupo abandono al control prenatal Hospital I Marino Molina ScippaEsSalud 2011.....	38
Tabla 3. Factores personales asociados al abandono al control prenatal Hospital Marino Molina ScippaEsSalud 2011.....	39
Tabla 4. Factores institucionales asociados al abandono al control prenatal Hospital Marino Molina ScippaEsSalud 2011.....	41
Tabla 5. Factores médicos asociados al abandono al control prenatal Hospital Marino Molina ScippaEsSalud 2011.....	42
Tabla 6. Modelo logístico de factores relacionados al abandono al control prenatal Hospital Marino Molina ScippaEsSalud 2011.....	43

RESUMEN

ASOCIACION ENTRE LOS FACTORES DE ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARINO MOLINA - ESSALUD – 2011

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores personales, médicos e institucionales y el abandono al control prenatal.

Métodos: Estudio de casos y controles donde se asignaron a 334 gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina Scippa, Red Asistencia Sabogal – EsSalud; divididas en 167 gestantes con abandono al control prenatal (casos) y 167 sin abandono al control prenatal (control), apareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido. Se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores del abandono al control prenatal: personales, institucionales y médicos. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS, vía OR IC 95% y regresión logística.

Resultados: 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).

Conclusión: 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.

Palabra claves: Abandono al Control Prenatal, abandono a la atención prenatal, Control prenatal inadecuado.

ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN THE ASSOCIATED FACTORS AND ABANDONMENT PRENATAL CARE HOSPITAL MARINO MOLINA– ESSALUD - 2011

Objective: To determine the association between the personal, medical and institutional neglect and prenatal care.

Methods: Case-control study which was allocated to 334 pregnant women at the Marine Hospital Scippa Molina, Sabogal Assistance Network - EsSalud, divided in 167 pregnant women with prenatal care neglect (cases) and 167 without abandonment without prenatal care (control), paired by date of delivery care and newborn gender. We applied the data collection that explored general information and abandonment factors for antenatal care: personal, institutional and medical. Then all the information was processed in a database in Microsoft Excel and analyzed through the SPSS statistical program, via OR 95% and logistic regression.

Results: Personal factors in difficulty off work (OR: 2), difficulty caring for children (OR: 2.4), forgetting appointments (OR: 2), there was no significant institucional factors, and medical factors consultation was related to low quality (OR: 3.3) and perception of the quality of care (OR: 4.1).

Conclusion: Personal factors: difficulty in work permits, difficulty caring for the children, forgetting appointments and medical factors of poor quality consultation and perception of the quality of care are associated with prenatal care abandonment.

Key words: Antenatal abandonment, neglect to prenatal care, inadequate prenatal care.

CAPITULO 1: INTRODUCCION

1.1. Situación Problemática

Las complicaciones derivadas del embarazo son causa importante en la explicación de las defunciones maternas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) las defunciones maternas se presentan entre el 11% y el 17% durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el posparto, el 45% de las defunciones maternas puerperales se produce durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana Torres y colaboradores⁽²⁶⁾ en Colombia identificaron que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de muerte materna (OR: 8.0 IC 95% 2.3 – 28.3), además se ha determinado que el grupo de menor riesgo son lo que tienen entre 5 y 9 controles, mientras los de mayor riesgo fueron los que tenían 1 y 4 controles, el riesgo aumenta más cuando no se tiene ningún control (OR: 11,7). El informe de la Defensoría del Pueblo⁽⁶⁾, indicó contrastes marcados por departamentos. El informe ENDES 2006 indicó que la mayoría de las mujeres (94,5%) tuvieron algún control prenatal por personal de salud (profesional: obstetra, enfermera o técnico/sanitario/promotor), lo que constituye un aumento sobre el 83,8% encontrado durante la ENDES 2000. La región de la Selva se mantiene a con 83,5 por ciento.

Entre la ENDES 2000 y la ENDES Continua 2009, subió de manera importante la atención por obstetriz, de 36,4 a 58,2 por ciento. La atención prenatal por médico presenta una tendencia a disminuir, desde 34,6 por ciento en la ENDES 2000, a 28,9 por ciento en la ENDES Continua 2009. Hay excepciones, como aumentos en algunos departamentos tales como Apurímac, que subió de 12,9 a 14,3 por ciento, Cajamarca, de 15,3 a 17,5 por ciento, Pasco, de 18,1 a 20,5 por ciento, San Martín, de 23,1 a 26,0 por

ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN THE ASSOCIATED FACTORS AND ABANDONMENT PRENATAL CARE HOSPITAL MARINO MOLINA– ESSALUD - 2011

Objective: To determine the association between the personal, medical and institutional neglect and prenatal care.

Methods: Case-control study which was allocated to 334 pregnant women at the Marine Hospital Scippa Molina, Sabogal Assistance Network - EsSalud, divided in 167 pregnant women with prenatal care neglect (cases) and 167 without abandonment without prenatal care (control), paired by date of delivery care and newborn gender. We applied the data collection that explored general information and abandonment factors for antenatal care: personal, institutional and medical. Then all the information was processed in a database in Microsoft Excel and analyzed through the SPSS statistical program, via OR 95% and logistic regression.

Results: Personal factors in difficulty off work (OR: 2), difficulty caring for children (OR: 2.4), forgetting appointments (OR: 2), there was no significant institucional factors, and medical factors consultation was related to low quality (OR: 3.3) and perception of the quality of care (OR: 4.1).

Conclusion: Personal factors: difficulty in work permits, difficulty caring for the children, forgetting appointments and medical factors of poor quality consultation and perception of the quality of care are associated with prenatal care abandonment.

Key words: Antenatal abandonment, neglect to prenatal care, inadequate prenatal care.

ciento, Madre de Dios de 24,0 a 28,7 por ciento, Moquegua de 35,2 a 37,9 por ciento, y La Libertad, de 34,4 a 39,0 por ciento⁽⁴²⁾.

El Perú tiene la tasa de mortalidad materna (TMM) más alta de Sudamérica, después de Bolivia. El gobierno sostiene que la TMM fue de 168 por cada 100,000 nacimientos vivos en el 2005. En el 2000, el gobierno sostuvo que había una TMM de 185, mientras que para el mismo año, la OMS, UNFPA y UNICEF llegaron a un estimado de 410 por 100,000 nacimientos vivos. La mayoría de los expertos en mortalidad materna en el Perú e incluso su propio informe de avance 2004 sobre el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio no creen que la TMM oficiales sean una manera confiable de rastrear el avance logrado, y que existe una seria subestimación del número de muertes maternas. Por ello, mientras que la TMM para Lima era de 52 por 100,000 nacimientos vivos en el 2000, la TMM para Huancavelica y Puno en ese año alcanzó 302 y 361, respectivamente⁽³²⁾.

En el mundo a diario se estima que mueren 1500 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Para el año 2005 se calculó que a nivel mundial ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos⁽⁴²⁾.

La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario con los hombres.

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobre todo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también

de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre otras⁽⁴²⁾.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas⁽⁴²⁾.

Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo⁽⁴²⁾.

EsSalud es una institución peruana de la seguridad social en salud que brinda atención a los empleados del Estado y a aquéllos que cuentan con un empleo formal, y está financiado principalmente por los empleadores bajo la autoridad del Ministerio de Trabajo. El Hospital I Marino Molina Scippa, Red Asistencial Sabogal – EsSalud, fue inaugurado el 25 de mayo del 2000; con una población asignada de 177,921 personas. Para el año 2010 el número de gestantes que acudieron al control prenatal fueron 4,400 con ≥ 6 controles que representa el 75.5% de las atenciones prenatales realizadas; esto quiere decir que hubo un 24,5% que no concluyó sus controles prenatales (≤ 5 controles) y llegan a la atención del parto, sin cumplir las metas de la atención prenatal que es una herramienta de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, pero siguen teniendo problemas en su cobertura y calidad.

En el control prenatal existe tres aspectos fundamentales, el primero está referido a que debe ser precoz, esto quiere decir que la gestante debe iniciar

el control del embarazo lo antes posible, siendo lo óptimo iniciarlo desde el momento en que se tiene conocimiento del embarazo. En segundo lugar debe ser periódico, lo cual supone que el control prenatal debe realizarlo mensualmente y si no es posible, una gestante que no tenga riesgos o problemas durante su embarazo se considera "controlada" cuando cumple 6 controles prenatales. Por último el control prenatal debe ser integral, esto quiere decir, que nuestra atención deberá incluir: Exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo consulta odontológica, inmunizaciones, atención nutricional, psicológica y psicoprofilaxis obstétrica. Esta forma de actuación, permitiría lograr los objetivos de prevención de patologías, vigilancia del estado salud materno-fetal, preparar a la madre para la maternidad y lactancia materna y la planificación familiar acercando más a los pacientes a los establecimientos de salud.

El control prenatal debería ser el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una de las formas de reducción de la mortalidad materna. Por lo que el abandono al control prenatal, no necesariamente lleva a la no asistencia del parto institucional, pero si dejar de realizar actividades preventivas y de promoción de la salud, por que se pierde en el proceso.

Nuestro foco de investigación son las mujeres embarazadas que abandonan el control prenatal. El objetivo principal de la atención prenatal orientada es ayudar a las mujeres a mantener embarazos normales a través: de la identificación de condiciones de salud preexistentes, la detección temprana de complicaciones que surgen durante el embarazo, el fomento de la salud y prevención de enfermedades, la preparación para el parto y la elaboración de un plan para estar listos ante una complicación.

El beneficio potencial de estados iniciales de complicaciones durante la gestación, se minimiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y la baja calidad de atención.

El control prenatal en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, manejando el enfoque de riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal y es un claro ejemplo de la medicina preventiva.

Una gestante bien informada puede comunicarse con otras gestantes que están sin control prenatal o en control deficiente. El primer control prenatal es importante para instruir a otras gestantes de la importancia del control precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple de acuerdo al nivel de instrucción materna.

Acceso significa que los servicios estén disponibles y al alcance de las mujeres que los necesiten. Para que los servicios sean de buena calidad, los proveedores de atención en salud deben tener las habilidades clínicas adecuadas y ser sensibles a las necesidades de la mujer; las instalaciones deben contar con los suministros y equipos necesarios y los sistemas de referencia y traslado deben funcionar satisfactoriamente, para asegurar que las mujeres que presenten complicaciones reciban el tratamiento médico esencial. Son muchas las mujeres que carecen de atención de salud materna.

Por lo menos el 35% de las mujeres de los países en desarrollo no recibe atención prenatal, cerca del 50% da a luz sin la asistencia de una persona calificada y el 70% no recibe atención postparto en las seis semanas siguientes al parto. La falta de atención es más peligrosa para la vida de la mujer durante las etapas de trabajo de parto, el parto y los días que siguen inmediatamente al parto, ya que durante este plazo existe mayor probabilidad de que surjan complicaciones que pongan en peligro la vida de la mujer⁽⁷⁴⁾.

Por lo expuesto, la alerta de que actualmente haya abandono al control prenatal, no estriba en problemas económicos, sino por otros motivos que tiene a plantear factores de tipo institucional, organizacional y médico, así como en la calidad de la atención prenatal.

1.2. **Formulación del Problema**

¿Cuál es la asociación entre los factores de abandono y el control prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital I Marino Molina Scippa, Red Asistencial Sabogal - EsSalud durante el año 2011?

1.3. **Justificación teórica**

Entre el 2004-2007, el 92% de mujeres tuvo Atención Prenatal (APN), lo que indica ocho puntos porcentuales más que el reporte del año 2000. El 50.7% fueron atendidas por obstetras, 31.3% por profesionales y 9% por enfermeras. La atención prenatal es mayor en el área urbana (92%) que en el área rural (72%). En Lima Metropolitana alcanza el 96% y en el resto de la costa es de 89%, en la sierra 29% y en la selva 71%. Asimismo, la APN es mayor en madres con mayor autonomía en el hogar (86%) que en las madres con menor autonomía (57%). Casi todos los embarazos en mujeres con estudios superiores (99%) tienen APN, en contraste con el 57% en mujeres sin educación⁽³⁹⁾.

1.4. **Justificación práctica**

Actualmente en nuestro país, cada vez se está reduciendo más la falta de cobertura de servicios de salud a la población, tanto que ya se ha estimado que el problema de las atenciones de salud, ya no está en su cobertura, sino en su calidad, uno de los indicadores de calidad de la atención es justamente el abandono a la atención, cuando una gestante decide acudir a un control prenatal tiene expectativas, pero estas se entrecruzan con sus percepciones y luego de experimentar algunas consultas, deciden no acudir más, motivo por el cual, no se puede concluir con todos los objetivos del control prenatal y motivo también para luego considerarlo de mala calidad. Entonces el abandonar atenciones sistemáticas que tendrían que llegar a la mejora de la salud de la gestante, guarda una serie de factores que son necesarias investigarlas para poderlas controlar.

Al identificar los factores asociados al abandono del control prenatal, se podrán realizar intervenciones para mejorar el mismo, y readecuar las actividades prescritas para las atenciones prenatales, pues bajo este esquema más de la mitad de las gestantes que acuden a los establecimientos de salud no llegan los objetivos del mismo. En Estados Unidos, una de las razones por las cuales cayó notoriamente la tasa de mortalidad materna y perinatal es el que aproximadamente el 90% de las pacientes gestantes recibieron un adecuado cuidado prenatal⁽¹⁵⁾.

La prestación de servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional. La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones, que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo.

El control prenatal es una de las actividades a realizar en los servicios de salud de todo el país, diariamente se realiza cientos de atenciones prenatales en todos los sectores de salud y los niveles de atención, pero sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces a su control y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto. Al realizar esto, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos del control y sobre todo con herramientas de prevención y promoción de la salud. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social, en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación⁽¹³⁾.

En un estudio se identificó como barreras percibidas hacia el control prenatal, el sentirse deprimida, estresada, triste, problemas personales, problemas con la pareja, problemas familiares, como barreras para la utilización del control prenatal⁽¹⁹⁾.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General:

Analizar la asociación entre los factores personales, institucionales, médicos y el abandono al control prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital I Marino Molina Scippa, Red Asistencial Sabogal – EsSalud durante el año 2011.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Analizar la asociación entre los factores personales y el abandono del control prenatal.
- Analizar la asociación entre los factores institucionales y el abandono del control prenatal.
- Analizar la asociación entre los factores médicos y el abandono del control prenatal.

1.6. Hipótesis

Los factores personales, institucionales y médicos están asociados al abandono del control prenatal.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1. Marco Epistemológico de la investigación

Los estudios de casos y controles fueron empíricamente empleados por John Snow en el siglo XIX durante sus investigaciones sobre las causas de la epidemia de cólera, cuando comparó casos y no casos en cuanto a su lugar de residencia y fuente de agua potable. Este tipo de diseño también fue utilizado por Lane-Clayton, en 1926, en un reporte sobre factores reproductivos y cáncer de mama.

Los estudios de casos y controles se han empleado exitosamente para evidenciar la asociación entre consumo de cigarrillos y el riesgo de cáncer de pulmón, su interacción con la exposición al asbesto con la elevada frecuencia de mesoteliomas (tumor canceroso poco común del revestimiento del pulmón y de la pleura o del revestimiento del abdomen por exposición a asbesto), así como el antecedente de consumo de estrógenos (dietilestilbestrol), durante el primer trimestre del embarazo, por las madres de adolescentes en las que se identificó cáncer de vagina.

Si bien se pudiera pensar que el diseño de cohortes conjuga los factores idóneos para la observación epidemiológica, su realización está seriamente limitada por la ausencia de poblaciones especiales en quienes construirla y, frecuentemente, por la carencia de tiempo o recursos financieros necesarios para estudiar los grandes grupos poblacionales que se requieren para el estudio de enfermedades poco frecuentes; por esta razón, los estudios de casos y controles se constituyen en una alternativa costo-efectiva para identificar factores de riesgo y generar hipótesis para estudios subsecuentes⁽⁵⁴⁾.

Los estudios de casos y controles representan una estrategia muestral, en la que de manera característica se selecciona a la población en estudio con base en la presencia (caso) o ausencia (control o referente) del evento de interés. Es común que se utilicen sistemas de registro de eventos relacionados con la salud, registros de padecimientos, listados de pacientes hospitalizados, etcétera, para identificar y seleccionar de manera costo-efectiva los casos; también, que una vez delimitada la población fuente (definida como aquella de donde se originan los casos), se utilice esta misma para la selección de los controles; estos últimos deberán representar de manera adecuada a los miembros de la población fuente que no desarrollaron el evento en estudio. Una vez seleccionados los casos y los controles se compara la exposición relativa de cada grupo a diferentes variables o características que pueden tener relevancia para el desarrollo de la condición o enfermedad⁽⁵⁴⁾.

2.2. Antecedentes de la investigación

En el año 1992 Albrecht y colaboradores⁽³⁰⁾ realizaron un estudio para determinar los factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay. Realizaron una encuesta en 220 puérperas de la clínica Ginecotológica de ese país. Entre los factores identificados fueron que el 30% de las encuestadas no acudieron a su control prenatal, el 70% había tenido entre uno o más controles prenatales. El promedio de controles fue de 5. Los investigadores concluyeron como factores que influyen al abandono se encuentro la primaria incompleta, soltera sin pareja estable, sin carné de asistencia y desconocimiento sobre las actividades del sistema de salud.

Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ en el año 2002, realizaron un estudio para identificar factores personales (epidemiológicos y socioeconómicos), institucionales y médicos relacionados a la inasistencia al control prenatal. Realizaron un estudio analítico en 1500 casos del Departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Adolfo Prince en Carabobo Venezuela. Entre los resultados epidemiológicos encontrados están el residir en barrios

(53.3%), educación primaria (45.2%), estado civil concubina (50%) y edad entre 25 a 34 años (49.9%). Entre los factores sociales domino el domicilio lejano (46.4%) en los económicos el desempleo (35.8%) y en la educación el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal (57.6%), y en los factores institucionales el más importante fue el ambiente inadecuado para la consulta (42.6%). En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (15.13 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (9.06%).

Chavarria en el año 2006⁽⁵⁾; en su investigación sobre no cumplimiento de citas en atención prenatal de las embarazadas de Centros de salud Francisco Buitrago y Ticuantepe, Managua - Nicaragua, realizó estudios cualitativos: grupos focales y entrevistas a profundidad que indagaban en mujeres que no cumplieron sus citas de atención prenatal. Entre las variables a estudiar estuvieron la importancia de la atención prenatal y citas de seguimiento, así mismo estudiaron las causas para no acudir a la atención prenatal. Entre los resultados encontraron que el trato inadecuado que reciben del personal que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, así mismo la organización de los servicios en los largos tiempos de espera, no hay prioridad en su atención, inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, en aspectos económicos el costo de transporte, alimentación durante la espera y gastos para exámenes no disponibles (laboratorio y ultrasonido), entre los factores sociales y culturales, fue la dificultad para obtener permiso durante el trabajo, el cuidado de los niños y de la casa, los quehaceres domésticos y el poco apoyo de la familia fueron los más relevantes. Así mismo se encontró que algunas olvidaban su cita, y las actitudes de desanimo fueron asociadas. Finalmente la percepción general para no acudir es porque consideraban que el servicio es incompleto porque parte de los gastos son asumidos por las pacientes como los exámenes de laboratorio, ultrasonido, multi-vitaminas y otro medicamento a comprar.

Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ en el año 2009 en Venezuela realizaron otro estudio para identificar los motivos para la inasistencia al control prenatal, realizaron un estudio descriptivo en 1000 pacientes con embarazo actual o pasado controlado en el año 2008. Encontraron entre los factores

epidemiológicos la residencia en barrios (57.2%), educación secundaria (59.7%), estado civil soltera (48.1%) edad entre 20 a 29 años (40.4%). Entre los factores sociales identificados fueron domicilio lejano (52.3%), el desempleo en un 27.3%, en la educación prenatal fue el desconocimiento de la importancia del control (48.8%). Entre los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3 %). En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (29,8 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23.2%).

2.3. Bases teóricas

EsSalud⁽⁶⁵⁾ fue creado en enero de 1999, en un largo y complejo proceso de institucionalización y desarrollo, que los conduce a ser en la actualidad una institución líder en el campo de la salud en el Perú. La visión de la entidad acorde al Plan Estratégico 2008 – 2011. Se expresa como: “Hacia un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar”. La misión de la entidad acorde al Plan Estratégico 2008 – 2011. Se expresa como: “Somos un seguro social del salud que brinda una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados”

Las estrategias de intervención sostenibles orientadas totalmente al servicio del asegurado durante el año 2010, se han ejecutado varias intervenciones agrupadas en dos grandes componentes. Incrementar la Cobertura y Mejorar la Calidad de la Atención. En el 2010, la población asegurada se incrementó por dos razones, una de ellas por el ingreso de más trabajadores dependientes a las planillas de sueldos sustentados en el crecimiento formal del empleo, debido al buen desempeño agricultura y minería (14%), comercio (7%), industria manufacturera (5.6%), servicios (3.7%), así como transporte, almacenamiento y comunicaciones (0.2%). Durante el año 2010 se continuó con la ejecución de las políticas institucionales para mejorar la calidad de atención a los pacientes asegurados en EsSalud, centradas en dos puntos. La consolidación de una cultura de mejor trato en la atención de los asegurados y mejorar la oportunidad de las citas en consulta externa, procedimientos e intervenciones quirúrgicas.

El planeamiento estratégico consiste en determinar la dirección que debe tener una organización para conseguir sus objetivos de mediano y largo plazo, evitando de tal manera que la Entidad se centre en aspectos que no contribuyan al logro de tales objetivos. Los objetivos estratégicos de EsSalud es mejorar la atención al asegurado y el acceso a los servicios de salud. Mejorar la salud del asegurado orientado por prioridades sanitarias y el fortalecimiento del servicio con énfasis en la atención primaria. Implantar un nuevo modelo prestador – asegurador basado en la separación de los roles e implantar una gestión por resultados y fortalecer los principales proceso de soporte⁽⁶⁸⁾.

El Programa de Calidad de Servicio de EsSalud elaborado en el 2008, significa una nueva etapa para la institución en la cual asume un reto que los compromete a mejorar los estándares de calidad del servicio al asegurado y sus familias y renovar el prestigio que ya tiene nuestra organización en el campo de la salud. Para esto es absolutamente necesario forjar un nuevo modo en la relación profesional – usuario en EsSalud que sea señal de consideración de respeto hacia el asegurado y sus familiares y que este se transforme en una cultura por la que seamos reconocidos^(66.67).

Para que la promesa “Nuestro compromiso es darle el mejor servicio” y los atributos de disposición, profesionalismo y calidez se puedan llevar a la práctica es necesario plasmarlos en rutinas y conductas observables del servicio que los hagan visibles y tangibles para los asegurados, en los diferentes servicios. Estas rutinas y conductas de servicio esperadas, planteadas de manera sistemática para los momentos de contacto con los asegurados, son la herramienta de gestión que sirve como pauta o guía para que los colaboradores puedan construir la nueva cultura de atención al asegurado por la que busca distinguirse la institución. De acuerdo a lo planteado en el Manual de atención al asegurado, los protocolos son “una herramienta de trabajo que estandariza las actuaciones de los profesionales en las situaciones en que la calidad percibida por el paciente puede ser cuestionada, bien por el contexto en que suceden, bien por el tema que trata o por la actitud del paciente”⁽⁶⁷⁾.

De manera el Manual de atención al asegurado” señala que los protocolos buscan⁽⁶⁷⁾:

- Formalizar y normalizar tareas y actividades relacionadas directamente con la atención al Asegurado, con la finalidad de brindar una ayuda práctica que les facilite el trabajo diario de los trabajadores de los servicios en que se focalizó el proyecto.
- Estandarizar su actividad diaria, obtener un trabajo más eficiente y eficaz en tiempo y forma, evitar inconvenientes a los pacientes, y resolver problemas más acorde a la normativa de EsSalud.
- Establecer normas de actuación que eviten la improvisación y que proporcionen la seguridad de que estamos dando un servicio de calidad.
- Tener una estructura común para atender, comprender y comunicarse con el Asegurado y, por otro tener una herramienta con pasos específicos a seguir por el trabajador dependiendo del Momento de Verdad en que se encuentre.

Para garantizar su viabilidad y adecuada respuesta a la realidad y condiciones institucionales, el “Manual de atención al asegurado” se formuló con la participación de profesionales y técnicos de EsSalud de diferentes redes asistenciales, siguiendo un proceso que pasó las siguientes etapas.

- Se llevó a cabo un análisis de la calidad de la atención por establecimiento
- Se realizó la identificación de momentos de verdad en cada servicio (con la participación de profesionales que laboran en los mismos).
- Se identificaron brechas y oportunidades de mejora
- Se realizó un mapeo de procesos de atención
- Con toda la información anterior se elaboraron los protocolos

Los ginecólogos y obstetras deben mantener su nivel de conocimientos actualizados estimulando con ello al resto del equipo de trabajo para establecer una buena relación médico – paciente. Ampliarse la difusión de los beneficios del control prenatal para obtener como resultado la disminución de la morbimortalidad materna perinatal en nuestro país. Se hace necesario mejorar las estrategias de intervención, cuyo enfoque característico sea la promoción y prevención, en cuanto a la educación en la importancia del control prenatal, a través de capacitaciones,

fomentando alcanzar la toma de conciencia de las madres gestantes. Fortalecer los aspectos en la atención y en la oportunidad en el suministro de las citas^(63,64).

Abandono al control prenatal

Toda gestante está en la obligación de realizarse no menos de 6 controles prenatales, de forma precoz, periódica y completa, los estudios indican que el elemento más adecuado para el control prenatal es iniciarlo lo más precozmente posible. Cuando estos elementos se realizan de forma parcial, como por ejemplo tener menos de 6 controles prenatales, se produce un evento denominado abandono al control prenatal, Cáceres⁽³⁾ identificó que sólo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal, con una media de 4 controles. Albrecht y colaboradores⁽³⁰⁾ encontraron un 30% de encuestadas que no acudieron al control prenatal, el 70% había tenido entre uno o más controles prenatales, el promedio de controles fue de 6. Entre los factores identificados tenemos:

Factores personales

Embarazo no deseado. Se hace necesario hacer una distinción entre los conceptos “embarazo no deseado” y “no planeado”, el embarazo no planeado es cuando la mujer no tenía en sus planes embarazarse pero acepta el embarazo y tener al producto, en cambio el embarazo no deseado se refiere cuando la mujer queda embarazada sin quererlo, pero por cuestiones personales, sociales y culturales, se ve obligada a tener al producto. Datos publicados en todo el mundo, obtenidos con metodología retrospectiva, indican que un tercio de los embarazos son no deseados. En el caso de Estados Unidos, 48% de las mujeres de entre 15 a 44 años que se han embarazado, tuvieron como mínimo un embarazo no deseado. En 1997, en Chile, se realizó un estudio con mujeres de estrato socioeconómico bajo; 56% refirió no desear su embarazo, de ellas 23% de manera contundente no deseaba el embarazo, mientras 33% declaró tener sentimientos mezclados

(deseaban ser madres, pero no en ese momento). Los datos del Instituto Alan Guttmacher acerca de los embarazos que llegan a término reflejan que 16% corresponden a embarazos no planificados, y en América Latina y el Caribe se encuentra el mayor porcentaje (29%), a diferencia de países de Asia Oriental, que tienen la prevalencia más baja (9%). Los embarazos no deseados tienen como origen diferentes factores que van de lo técnico (uso inapropiado del anticonceptivo, la mala calidad de éste), a lo humano. En estudios efectuados en todo el mundo, se refiere que aproximadamente entre 120 y 150 millones de mujeres casadas no desean tener hijos o prefieren aplazar el siguiente embarazo pero, paradójicamente, no usan método anticonceptivo alguno, mientras que las mujeres solteras dicen carecer de medios para hacerlo (12 a 15 millones). Entre las causas que se mencionan en la bibliografía, los métodos anticonceptivos ocupan un lugar preponderante. Segal y colaboradores reportaron que de 8 a 30 millones de embarazos ocurren por fallas en el método anticonceptivo, ya sea porque se usó de forma incorrecta o bien por olvido y sobre este mismo punto, en Estados Unidos, 20% de los embarazos no deseados se debieron al uso incorrecto del método. Un número menor de estudios aborda el tema de embarazo no deseado con una visión más amplia, que incluye variables relacionadas con la pareja; oposición del sexo masculino al uso de métodos anticonceptivos, violación o coacción sexual, o sometimiento por abuso (Brasil, Irán)⁽⁵⁵⁾. Muchos estudios indican que las probabilidades de eventos adversos en el embarazo, parto y posparto se incrementan cuando se tiene un embarazo no deseado⁽³⁰⁾. Actualmente las pruebas rápidas son el método de elección para determinación de un embarazo, la norma indica que luego de identificar el embarazo habría que acudir para atención prenatal⁽⁵⁶⁾.

- **Primaria incompleta.** El bajo nivel educativo está más asociado a la utilización o no del control prenatal⁽¹⁰⁾. El informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio, para Perú indicó que la atención prenatal fue mayor en las madres con autonomía en el hogar (86%) que en las madres con menor autonomía (57%), para el año 2007, el 99% de las mujeres con estudios superiores que se encontraban embarazadas tuvo atención prenatal, mientras que la atención en los embarazos de las mujeres sin educación solo alcanzó

el 57%. Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ encontraron en un grupo que abandonó el control prenatal 45,2% tenía educación primaria. Albrecht y col⁽¹⁾ en su estudio sobre factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo Uruguay el 35,9% tenía primaria incompleta. En el estudio de Chavarría⁽⁵⁾, cuyo título fue no cumplimiento a las citas en atención prenatal de las embarazadas en Nicaragua el 45% tenían educación primaria. En un estudio realizado por Murillo y Miranda⁽¹⁴⁾ sobre calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua Nicaragua encontraron que el 35.2% tenían educación primaria. Arispe y colaboradores⁽⁵⁹⁾ encontraron que las que tenían menos de 5 controles prenatales y tenían primaria incompleta fueron el 35.1% y el 28.6% tuvieron más de 5 controles prenatales.

- **Soltera sin pareja estable.** Pácora y colaboradores⁽⁵⁷⁾ identificaron que las mujeres solteras tuvieron en forma significativa mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, tales como, complicaciones maternas, anemia crónica, preeclampsia, falla en la función placentaria (OR 1,92, IC95% 1,51-2,44), restricción del crecimiento fetal (OR 2,02, IC95% 1,45-2,82), rotura prematura de membranas fetales (OR 1,28, IC95% 1,00-1,63), encontrando que un 21.8% no tuvo cuidado prenatal. Cáceres y Molina⁽⁵⁸⁾ identificaron en una revisión de estudios del Reino Unido donde muestran que los factores sociales están asociados tanto al inicio tardío del control prenatal, como al menor número de consultas sobre todo en solteras. Arispe y colaboradores⁽⁵⁹⁾ identificaron que el 17.7% de las solteras no concluía su control prenatal en comparación del 7,1% que si lo terminó. Cáceres⁽³⁾ identificó que la falta de pareja estable se asocian al abandono del control prenatal. En México⁽²⁴⁾ se identificó como factor para menos acceso a la atención prenatal el ser soltera. Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ identificaron el ser soltera para que el 48,1% tenga inasistencia al control prenatal. Chavarría⁽⁵⁾ identificó el divorcio o disolución de la unión como causas de inasistencia al control prenatal.
- **Domicilio lejano.** En México⁽²⁴⁾ se identificó que el lugar de residencia como factor para menos acceso a la atención prenatal. Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 46,4% procedían de un domicilio lejano. Belizan y colaboradores citado por Albrecht⁽³⁰⁾

indicaron que una de las barreras para acudir a los controles prenatales era la dificultad en el transporte. En otro estudio de Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ volvieron a identificar el domicilio lejano (19,3%) como elemento para inasistencia al control prenatal. Chavarría⁽⁵⁾ identificó la inaccesibilidad geográfica como causas de inasistencia al control prenatal debido a déficit de transporte.

- **Desempleo.** Corresponderá cuando el resultado de las actividades realizadas por la mujer no le llevan a obtener alguna retribución económica. Cáceres⁽³⁾ identificó que los bajos ingresos y las barreras financieras se asocian al abandono del control prenatal. En México⁽¹⁷⁾ se identificó la ocupación como factor para menos acceso a la atención prenatal. Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 35,8% presentaban desempleo y en otro estudio realizado por el mismo autor⁽⁴⁾ fue del 27,3%. Chavarría⁽⁵⁾ identificó en su estudio realizado en Nicaragua que el 66% de las que se controlaron eran amas de casa y un 18% eran estudiantes. Las embarazadas señalaron que el gasto para la realización de exámenes complementarios y ultrasonido así como algunos medicamentos que no les dispensa en la unidad de salud, les impide regresar, pues el personal les orienta que son muy importantes para poder ser atendidas el día de la cita establecida. Además el tiempo de espera, les lleva a mayor gasto por que tienen que comprar alimentos. El personal de salud reconoce que las razones económicas son una causa que incide en la asistencia de las embarazadas y la asocian principalmente a la dificultad en cuanto a la distancia y pago de medio de transporte, de comida durante sus horas de estancia y de exámenes de laboratorio que tienen que realizarse. Existe similitud en los argumentos de ambos grupos, sin embargo estas razones económicas parecen ser secundarias a causas primarias relacionadas a los servicios de salud. El aspecto económico es identificado en la literatura revisada, pues mencionan que las mujeres más pobres son las que tienen menos acceso a este servicio, así mismo en las Normas de atención prenatal es considerado una de las barreras para no acudir. Arispe y colaboradores⁽⁵⁹⁾ identificaron un 77.3% de gestantes con menos de 5 controles prenatales que no tenían trabajo, comparado con el 69.7% que tenían más de 5 controles prenatales.

- **Dificultad para obtener permiso en el trabajo.** Debido al estrés laboral de las mujeres que trabajan la Ley contempla el otorgamiento de una incapacidad durante el embarazo, que se divide en 42 días antes del parto (incapacidad prenatal) y 42 días después del nacimiento del neonato (incapacidad postnatal). En general, la mayoría de las mujeres que trabajan y que pueden optar por la incapacidad continua deciden diferir el disfrute de la incapacidad prenatal, con la finalidad de que la incapacidad posnatal sea mayor y puedan dedicarle más tiempo al recién nacido. El hecho de trabajar en las etapas cercanas previas al nacimiento incumple la finalidad de mantener a la embarazada en condiciones ideales de reposo, tranquilidad y alimentación adecuada. Debido a ello, puede haber complicaciones obstétricas, como: amenaza de parto pretérmino, neonatos de bajo peso al nacer, hipertensión gestacional, etc.⁽⁶⁰⁾. Chavarría⁽⁵⁾ identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Albrecht⁽³⁰⁾ identificó que el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo.

No disponibilidad para el cuidado de los hijos. Chavarría⁽⁵⁾ identificó que el cuidado de los niños, de la casa como factor para abandono al control prenatal. El cuidado de sus hijos, la prioridad por la educación de ellos, cuidado de hogares y dejar o minimizar los aspectos relacionados a su salud y la del nuevo Bebe, se corresponden a barreras identificadas en las Normas de Atención prenatal del Ministerio. Albrecht⁽³⁰⁾ en su estudio realizado en Uruguay encontró que un 30,5% de las pacientes que no acudieron a su control prenatal fue porque no tenían a quien dejar el cuidado de sus hijos, así mismo en multípara se encontró diferencias para acudir al control prenatal en aquellas que tienen hijos menores de 3 años con aquellas que tenían hijos mayores de esta edad.

- **Quehaceres domésticos.** Para las gestantes el ejercicio físico es cualquier actividad que se realice a diario, incluyendo los quehaceres del hogar y el caminar⁽⁶¹⁾. Durante el embarazo existe una red de apoyo del mismo, en un primer momento este lo provee la pareja, pues con el advenimiento de un

nuevo ser se hace necesario que la gestante que no trabaja, sea mantenida y apoyada, económica, emocional y socialmente durante todo su proceso, esto puede dificultarse cuando los trabajos del hogar son excesivos en una gestante, como por ejemplo cuando se viven con muchos miembros (hijos, familiares otros) y la gestante es la persona que se encarga de los quehaceres del hogar, Chavarría⁽⁵⁾ identificó que la realización de los quehaceres domésticos es un factor para abandono al control prenatal.

- **Poco apoyo de la familia.** Se ha determinado que la falta de dinero para movilizarse y realizar los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, la desinformación, el embarazo no deseado o las falsas creencias sobre la etapa del embarazo pueden atravesarse con un respaldo del entorno familiar⁽⁶²⁾. Chavarría⁽⁵⁾ identificó que el poco apoyo de la familia es un factor para abandono al control prenatal.
- **Olvido de citas.** Chavarría⁽⁵⁾ identificó el olvido de las citas como factor para abandono al control prenatal, pues en ellas, se fija una fecha en la cual debe regresar a la unidad de salud, sin embargo, no se acuerda con la embarazada cuando regresar, como se describe en los protocolos de atención de otros países y en la Normas de atención prenatal de Nicaragua, sino que se hace con la disponibilidad de tiempo institucional a través de la agenda de citas. Es importante mencionar que las embarazadas confirman que reciben orientación de acudir inmediatamente si presentan un signo de peligro o de alarma, de los cuales destacan; dolor de cabeza, inflamación de los pies, sangrado vaginal y rotura antes de tiempo de la fuente, lo cual es muy importante y refleja que el personal si les orienta un poco, como lo describen las normas de atención de la atención prenatal, pero por otro lado, al no presentar estos síntomas o signos ellas pueden no regresar por considerar su embarazo normal, lo cual mencionaron algunas de ellas.
- **Edad.** Tamez y colaboradores⁽²⁴⁾ identificó que cuando las pacientes se encuentran en los extremos de la vida reproductiva tienen mayor probabilidad de tener menos acceso a la atención prenatal. Arispe y colabores⁽⁵⁹⁾ identificaron en un grupo que tuvo menos de 5 controles prenatales que el

65.2% se encontraba entre los 20 a 35 años, mientras que el 78.6% de las que tuvieron más de 5 controles prenatales se encontraban en el mismo rango de edad.

- **Educación secundaria.** Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ identificaron que el 59,7% de las pacientes que presentan inasistencia al control prenatal tenían educación secundaria. Chavarría⁽⁵⁾ en Nicaragua identificó que el 32% de las gestantes que acudían al control prenatal tenían educación secundaria. Arispe y colaboradores⁽⁵⁹⁾ identificaron en las que tuvieron menos de 5 controles prenatales que el 50.6% tenía secundaria completa, mientras que el 42.9% de las de más de 5 controles prenatales se encontraba en este rango.
- **Multiparidad.** Tamez y colaboradores⁽²⁴⁾ identificaron a la multiparidad como un factor de menos acceso a la atención prenatal. Chavarría⁽⁵⁾ en Nicaragua identificó un 58% de gestantes que acuden al control prenatal presentaban multiparidad. Arispe y colaboradores⁽⁵⁹⁾ identificaron que el 38.2% de las gestantes que no tuvieron más de 5 controles prenatales tenía más de 2 gestaciones, comparado con el 25% que tenía más de 5 controles prenatales.
- **Importancia del control prenatal.** Chavarría⁽⁵⁾ identificó que uno de los factores asociados al no cumplimiento de las citas de seguimiento del control prenatal fue la poca importancia al mismo, así como a las citas de seguimiento, así mismo las actitudes de desánimo también se asocian a este factor. Con respecto a las actividades o acciones para el seguimiento de las inasistentes, las embarazadas señalaron que desconocen estas acciones, si saben de visitas que se realizan a sus hogares pero es solamente para las actividades correspondientes a la vacunación. Sin embargo el personal de salud mencionaba que se realiza búsqueda en el trabajo de terreno de embarazadas inasistentes y que muchas tenían direcciones falsas. A pesar de estar contemplado en las Normas de atención prenatal del Ministerio, como una medida para contribuir al acceso de las mujeres a los servicios de forma continuada en coordinación con personal comunitario, esto no se cumple como está escrito, ya que el personal de salud realiza las visitas sin estos, y también se mencionaban que existen ciertos factores relacionados a

la organización de los servicios que limitan o impiden acciones necesarias, para garantizar la continuidad y el seguimiento en el programa. Los aspectos relacionados a esta temática son mayormente mencionados por el personal de salud, quienes refieren “actitudes indiferentes poca responsabilidad de parte de las embarazadas con ellas mismas y sus niños”. Sin embargo para las embarazadas esta fue poco valorada. Las embarazadas mencionan como único resultado el hecho de que las pesan, les miden la barriga y les toman la presión, además de esos les mandan el sulfato ferroso el cual ellas lo toman en el periodo posparto o puerperal por las reacciones adversas que este les provoca y además por la pérdida de sangre durante el parto. Pero las oportunidades que mencionaba el personal de salud para brindar consejería, educación no fueron mencionadas por las embarazadas las cuales expresaban pérdida de la motivación para cumplir con la periodicidad de la atención prenatal. Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ identifico este factor y lo encontró en el 48,8% de las que inasistieron. Existen muchas similitudes en cuanto a la importancia de la atención prenatal en ambos grupos, reconocen su importancia expresando que garantiza la vigilancia tanto de la madre como del bebé en formación, se orienta a las embarazadas sobre signos de alarma, aplicación de vacunas, la revisión de antecedentes patológicos personales y familiares que puedan afectar al niño/a y a la embarazada, detectar tempranamente factores de riesgo que puedan afectar a la madre y al niño/a, logrando incidir en muchos de los casos y poder concluir con un parto normal.

- **Desconocimiento sobre el control prenatal.** Corresponderá a la falta de conocimiento por parte de las pacientes de la existencia de las actividades del control prenatal. Cáceres⁽³⁾ identificó que el desconocimiento sobre las ventajas del control prenatal se asocian al abandono del control prenatal. Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 57,6% desconocía la importancia del control. Belizan y colaboradores citado por Albrecht⁽³⁰⁾ sostiene que una de las barreras para acudir al control prenatal es tener poca información sobre ellos.

Factores institucionales: Percepción sobre el establecimiento o servicio.

- **Ambiente inadecuado para la consulta prenatal.** Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ encontraron en un grupo que abandonó al control prenatal 42,6% identificó los ambientes inadecuados para la consulta como un factor de abandono, en otro estudio realizado por el mismo autor⁽⁸⁾ fue del 39,2%.
- **Poca prioridad para su atención.** La consulta prenatal tiene el problema de la atención por turnos y horarios, muchas gestantes tienen problemas para poder acudir a turnos específicos debido a que para poder realizar la consulta tienen que sortear por varias barreras, la económica, social, administrativa y cuando llegan a la atención se cuentan con que ya no hay cupos, o las atenciones ya han sido repartidas o llegaron fuera de hora o llegaron a tiempo pero por problemas administrativos, esta consulta no podrá ser realizada y ya no podrá ser atendida, Chavarría⁽⁵⁾ identificó este factor como determinante para no seguimiento del control prenatal.
- **Incoordinación entre los servicios para atenderla.** El estudio de Albrecht⁽¹⁾ identificó este evento como un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales. Chavarría⁽⁵⁾ en su estudio identificó incoordinaciones evidentes, por lo que recomendó tomar este punto a la hora de realizar mejoras pues considerado al momento de afectar o redistribuir a los recursos humanos en función de las prioridades, enfatizaron en que se debe de mejorar las condiciones básicas de insumos y mejorar la privacidad en su atención, que se mejore el trato en la unidad de salud y haya más coordinación a lo interno. También ambos grupos (embarazadas y personal de salud) manifestaron que se deben realizar gestiones para que se le realicen todos los exámenes y ultrasonido gratuitamente en la unidad de salud y así mejorar la atención. Es claro que lo que se promueve en las Normas de atención prenatal no se cumple en su totalidad, con respecto a la calidez en la atención a todas las embarazadas que demandan los servicios, a la referencia y uso de otros servicios como los de psicología, pues estos servicios disponibles en la unidad de salud no se han organizado para brindar atención y ofertar los servicios de forma simultánea, logrando resolver en una sola consulta como se orienta en las Normas y fortalecer el proceso de atención prenatal. La falta

de realización de algunos exámenes de laboratorio debido al insuficiente abastecimiento en las unidades de salud, el gasto para realizárselos, así como la contribución por la reposición de tarjetas fueron mencionados por las embarazadas como causa de no cumplimiento a citas. Otro hecho que cobra relevancia es el relacionado al examen de ultrasonido, por el cual las pacientes no cumplen sus citas pues a todas ellas en algún momento se les mando a realizar y las que lo lograron fueron pocas de ellas, la mayoría expreso que ellas reconocen la importancia de este examen, pero existen actitudes y practicas inadecuadas del personal que a ellas les indica es un requisito para poder asistir a su próxima cita.

- **Tiempo de espera largo.** El estudio de Albrecht⁽³⁰⁾ identificó este evento como un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales, así mismo indicaron que el horario se cruzaba con el horario de trabajo y el horario de atención. Chavarría⁽⁵⁾ identificó este factor como elemento para no cumplimiento del control prenatal. Así mismo la oportunidad que tienen las mujeres de que se les oriente sobre la evolución de su embarazo, el cual por razones de disponibilidad de tiempo con que cuenta el personal que les atiende, hace que la atención sea muy rápida y la consejería se limite a fijar una fecha para su próxima cita y a que ellas regresen si presentan un signo de peligro. Es claro que no se utiliza adecuadamente la agenda de citas ya que esta establece citas escalonadas para la atención subsecuente, sin embargo tanto las embarazadas como el personal de salud no cumplen con este objetivo, ya que se atiende en la misma modalidad de la consulta general que quien llega primero es el primero que se va y esto concluye en prolongados tiempos de espera, cansancio de las embarazadas y un ambiente de consulta tenso y sujeto a presión la mayoría de veces. También el hecho de no organizar los servicios para optimizar oportunidades hace que se incrementen aun más el tiempo de espera, que se abrumen las embarazadas transformándose un proceso donde todo puede ser coordinado, ordenado e integral en un proceso que se hace cada vez más complejo. El tiempo de espera prolongado es una de las razones que se relaciona con lo encontrado en el Primer Nivel de Atención en México, pues esto es muy importante en la satisfacción de las usuarias. Las embarazadas, lo traducen

en pérdidas de tiempo y cansancio durante su consulta y deciden acudir solamente si tiene un problema, cuando ella lo percibe que tiene un problema, esto es debido a una insuficiente disponibilidad de recursos humanos y organización del servicio para brindar una atención con menor tiempo de espera y duración adecuada de su consulta.

- **Ubicación lejana al lugar de atención.** Albrecht⁽³⁰⁾ encontró que en un 25% de las pacientes indicaron que una barrera para acudir al control prenatal son los costos del transporte. Chavarría⁽⁵⁾ identificó este factor como causal de abandono. Las embarazadas y el personal de salud expresan que la distancia del Centro de Salud, es una de las causas de inasistencia, pues les toca caminar mucho y en su estado es muy riesgoso y difícil, el usar un medio de transporte esta en relación a su situación económica, esto es considerado también en otros países según literatura revisada.
- **Poco tiempo para la consulta.** En nuestra realidad, los tiempos de consulta prenatal juegan con un parámetro establecido, se espera que una primera consulta tenga que realizarse dentro de 45 minutos y las consultas posteriores en 15 minutos, estos son indicadores de productividad, pero sin embargo, este tiempo no ha sido traducido a las gestantes y en muchas ocasiones se ha estimado que las pacientes consideran que el tiempo que se les brinda para la consulta prenatal es insuficiente, debido a que dentro de la misma hay que realizar una serie de actividades administrativas (registro de formularios, documentos, entre otros), realizar exploraciones físicas, que queda muy poco tiempo para la educación materna y demás objetivos del control prenatal. Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ identificó este hecho en el 23,2% de pacientes que inasistieron al control prenatal.

Factores médicos.

- **Relación médico-paciente insatisfactoria.** Cáceres⁽³⁾ identificó el maltrato como otro elemento asociado. Belizan y colaboradores citado por Albrecht⁽³⁰⁾ sostienen que una de las barreras que dificultan el acudir a los controles

prenatales es el mal trato dado por el personal de salud, así mismo un 20,9% presenta miedo hacia los controles prenatales. Chavarria⁽⁵⁾ encontraron que el trato inadecuado era un factor para abandono al control prenatal. El aspecto más valorado fue el trato que reciben durante su proceso de atención, es algo que también tiene relación con un estudio realizado en Bolivia donde también se valoró el trato humanizado del personal, así mismo coincide con hallazgos de un estudio realizado en el primer nivel de atención en México, donde identifica que la satisfacción de las usuarias está relacionado con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que espero para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional. Las diferencias se encuentran predominantemente en las relacionadas al personal de salud, puesto que las embarazadas expresaban una relación de apatía y sentimientos de miedo con ciertos médicos, médicas y enfermeras que les atendían. Con respecto a la relación con el médico para intercambiar o conversar sobre su embarazo, manifestaron que ellas tenían que estar preguntando siempre, ya que ellos escriben, escriben y no les dicen nada razón por la cual lo que ellas esperan no se cumple. Así mismo una de ellas preguntó sobre un “dolor que sentía en sus canillas a lo cual el Médico respondió: “mientras no sea en la barriga.”

- **Relación médico-paciente impersonal.** El estudio realizado por Albrecht⁽³⁰⁾ nos indicó que un 35,9% de las pacientes refieren que el dialogo entre profesional de la salud y paciente es lo más importante, así mismo se identificó que el 69,5% de los controles fueron realizados por médicos ginecólogos y 30,5% por parteras, el trato por los mismos fue catalogado como bueno en la gran mayoría de los casos (94,8%). El mismo estudio indicó que una de las razones por las cuales las pacientes no acudieron a su control prenatal fue por el miedo al examen ginecológico. Chavarría⁽⁵⁾ identificó este factor como asociado al abandono al control prenatal. Algunas refirieron ser bien atendidas y que el personal de salud había mostrado interés en la atención hacia ellas.
- **Consulta de baja calidad.** Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ identificó este factor en el 29,8% de gestantes que inasistieron a la consulta prenatal. Chavarría⁽⁵⁾

identificó en su estudio que las embarazadas perciben la atención prenatal como un proceso incompleto, puesto que parte de lo que se tiene que garantizar es asumido por ellas, como la realización de exámenes complementarios y compra de medicamentos como multivitamínicos y otros importantes para tratar problemas durante el embarazo, el personal de salud expresa que se hace lo mejor que se pueda en las condiciones en que se trabaja y esto último es muy importante porque a pesar de las limitantes que se tienen en las diferentes unidades de salud siempre se trata de garantizar con lo que se tiene de la forma más adecuada." Para las embarazadas la calidez en la atención y la no rotación de personal se constituye en un pilar fundamental. La experiencia que una mujer haya tenido con un embarazo, o un parto anterior tiene relevancia en este estudio, las embarazadas dentro de sus experiencias mencionaban la atención que recibían en embarazos y partos anteriores muchas de ellas desfavorables, pero otras muy favorables con respecto a los servicios de salud. Pero es de especial importancia el hecho que ellas no mencionan aspectos o experiencias negativas relacionadas con problemas del embarazo por la no asistencia a los servicios de salud. Este aspecto se menciona en un estudio realizado en el primer nivel en México donde se identifica que la población más pobre es la que recibe peor trato.

-

CAPITULO 3: METODOLOGIA

Tipo de investigación: Estudio de casos y controles

Diseño: Se asignaron a 334 gestantes atendidas en el Hospital I Marino Molina Scippa – Red Asistencial Sabogal – EsSalud, divididas en 167 gestantes con abandono al control prenatal (casos) y 167 sin abandono al control prenatal (controles), apareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido. A los cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales, y los factores del abandono al control prenatal: personales, institucionales y médicos. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS, vía OR IC 95% y regresión logística.

Población y muestra

Se estudió a las gestantes que fueron atendidas en el Hospital I Marino Molina Scippa para su parto el hospital que cumplieron con los criterios de selección; tiene una población asignada de 177,921 asegurados. En el año 2010 acudieron al control prenatal 4400 gestantes, se atendieron 3963 partos (partos vaginales = 3032, cesáreas = 931) las referencias se realizan a través del consultorio de ginecología y emergencia al Hospital III Alberto Sabogal Sologuren, que cumplan los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión

Para los casos

- Aceptó participar en el estudio

- Embarazo normal
- Edad mayor a 19 años
- Abandono al control prenatal (entre 1 a 5 controles)
- Parto atendido en el hospital
- Recién nacido vivo
- Fecha de atención es ± 2 días del control
- Sexo del recién nacido similar al control

Para los controles

- Aceptó participar en el estudio
- Embarazo normal
- Edad mayor a 19 años
- Control prenatal ≥ 6
- Parto atendido en el hospital
- Recién nacido vivo
- Fecha de atención es ± 2 días del caso
- Sexo del recién nacido similar al caso

Criterios de exclusión

Para los casos

- Impedimento del habla
- Registros de historia incompletos
- Traslado de puérpera
- Traslado de recién nacido
- No traer Carné Perinatal

Para los controles

- Impedimento del habla
- Registros de historia incompletos
- Traslado de puérpera
- Traslado de recién nacido
- No traer Carné Perinatal

Tiempo: 6 meses

Calculo de Tamaño de Muestra

Para el ajuste del tamaño de muestra, del estudio piloto, se encontró que el factor más importante como el residir en domicilio lejano se asoció a los casos en un 35,0% con un 95% de confianza y un 80% de poder, aplicando la fórmula para estudios comparativos:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Siendo p_1 : prevalencia del factor en los casos: 35,0%

Siendo p_2 : prevalencia del factor en los controles, 50% se aplicó la prevalencia máxima.

Z_{α} Confianza requerida: 1.96

Z_{β} Poder: 80%

Confianza (Z_{α})	95%	1,96
Poder ($1 - \beta$)	80%	0,80
p_1 Prevalencia (casos)		0,35
p_2 Prevalencia (controles)		0,50
Casos		167
Controles		167
Tamaño de muestra		334

Tipo de muestreo

Tomando los criterios de Polit et al⁽⁵¹⁾ y Fabre et al⁽⁵²⁾ se realizó un muestreo no probabilístico apareado por sexo del recién nacido y fecha de atención (± 2 días); este procedimiento se utilizó para controlar la acción de los factores

de confusión, puesto que se garantizará la misma distribución en el grupo caso y grupo control respecto a una variable o más de una que se desean controlar, dejando libre la variables de estudio.

Lugar de estudio

Se estudiaron a las pacientes del Hospital I Marino Molina Molina Scippa – Red Asistencial Sabogal – EsSalud, el cual se ubica en la Av. Guillermo de la Fuente 515, Urb Santa Luzmila en el distrito de Comas. Tiene una población asignada de 177,921 asegurados y cuenta con una dotación de 106 camas en hospitalización. Servicios en consulta externa: Medicina general, medicina interna, neurología, cardiología, gastroenterología, dermatología, reumatología, medicina física, cirugía, traumatología, oftalmología, otorrinología, ginecología y pediatría. En consultorios externos de ginecología y obstetricia se realizan 4,800 atenciones mensuales. Otros servicios: Odontología, psicología, obstetricia, nutrición, servicio social y fisioterapia. Enfermería: Enf. Adulto, enf. Niño adolescente, TBC. En consultorios externos de ginecología y obstetricia se realizan 4,800 atenciones mensuales.

Variables

Variables independientes

- **Factores personales.** Correspondió a aquellos eventos que por ser íntimamente relacionados a la gestante juegan un papel para la decisión de abandono al control prenatal entre ellos tenemos: Edad extrema, Embarazo no deseado, Primaria incompleta, soltera sin pareja estable, residir en barrio marginal, domicilio lejano, maltrato familiar, desempleo, ocupación manual, dificultad para obtener permiso en el trabajo para la atención, no disponibilidad para el cuidado de los hijos, quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia, olvido de citas, multiparidad, importancia del control prenatal.

- **Factores institucionales.** Desconocimiento sobre el control prenatal, ambiente inadecuado para la consulta, citas de seguimiento, poca prioridad para su atención, incoordinación entre los servicios para atenderla, gastos para exámenes no disponibles, tiempo de espera largo, servicios incompletos, ubicación lejana al lugar de atención, poco tiempo para la consulta.
- **Factores médicos.** Relación médico-paciente insatisfactoria: trato inadecuado, maltrato profesional, relación médico-paciente impersonal, miedo al examen ginecológico, consulta de baja calidad.

Variable dependiente

- **Abandono del control prenatal.** Corresponde a toda gestante que ha acudido a menos de 6 controles prenatales durante su gestación, en los periodos establecidos, considerándose no abandono cuando es mayor o igual a 6 controles prenatales

Variables intervinientes

- **Datos generales.** Corresponde a la edad, estado civil, grado de instrucción, distrito de procedencia y religión, lugar de nacimiento.
- **Datos obstétricos.** Fórmula obstétrica, partos por cesárea, periodo intergenésico, establecimientos de atención donde se atendió, número de controles prenatales.
- **Datos del recién nacido.** Edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, perímetro cefálico, talla y peso.

- **Calidad del control prenatal.** Correspondió a la evaluación de las dimensiones de la calidad, competencia profesional, seguridad, accesibilidad, eficacia, comodidades.
- **Competencia profesional en el control prenatal.** Correspondió a la percepción que tiene la gestante con respecto a la forma como manejaba su caso y como ella lo percibía, si estaba de acuerdo en las decisiones que tomaba para su control del embarazo.
- **Seguridad en el control prenatal.** Correspondió a la percepción de la paciente sobre los elementos de seguridad dentro de las instalaciones, que tenían el servicio para el control de infecciones y limpieza en el mismo.
- **Accesibilidad al control prenatal.** Correspondió a la percepción de la paciente de si su control prenatal realizado estuvo fácil de acceder en cuanto a tiempo, organización y servicio mismo.
- **Eficacia del control prenatal.** Correspondió a la percepción de la paciente de si el profesional realizaba todo lo que corresponden a la atención a prenatal.
- **Comodidades del control prenatal.** Correspondió a la percepción de la paciente de si los ambientes del establecimiento de salud, servicios higiénicos y consultorio eran cómodos.

Variables control

- **Día de atención.** Correspondió al de la atención del parto, la cual podrá utilizarse para proceso de apareamiento en ± 2 días.
- **Sexo del recién nacido.** Correspondió al sexo identificado al nacimiento, pudiendo ser varón o mujer.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Técnicas. Se aplicaron dos técnicas, la primera fue la observación documental de la historia clínica y el carné perinatal para la verificación del control prenatal. La segunda correspondió a la entrevista estructurada para indagación de los factores (personales, institucionales y médicos), esta técnica se utilizó cuando la información no pudo ser recolectada de otro modo y las experiencias las tienen los sujetos de investigación, por lo cual la técnica de la entrevista garantiza como elemento de investigación la utilización de preguntas directas.

Instrumento de recolección de datos

- **Hoja informativa (Anexo 1).** Se trató de un informativo, basado de información previa que se ofrece al personal de EsSalud, consta de 6 partes, la primera correspondió a la definición de control prenatal, la segunda corresponderá a información sobre el paquete esencial de gestante, el tercer punto información sobre estilos de vida para un embarazo saludable, recordatorios de actividades del control prenatal, señales de alarma de embarazo y finalmente información sobre micronutrientes a consumir en esta etapa.
- **Formulario 1. Datos Generales (Anexo 2).** Corresponde a 23 ítems de respuestas cerradas dividido en tres áreas, datos generales: edad, ocupación, grado de instrucción, estado civil, procedencia y lugar de nacimiento. El segundo punto correspondió a datos obstétricos: fórmula obstétrica, periodo intergenésico, número de partos, establecimiento donde se atendió el CPN, número de controles prenatales en I, II y III. Finalmente datos del recién nacido como fecha de nacimiento, hora, tipo de parto, sexo índice de Apgar, peso, talla y perímetro cefálico.
- **Formulario 2. Abandono al control prenatal (Anexo 3).** Corresponderá a un formulario de 25 ítems divididos en cuatro áreas de cerrada (Presente/Ausente) la primera correspondió a información del caso o del control, la segunda corresponderá a factores personales (13 ítems), la

segunda a Factores institucionales (6 ítems) y factores médicos (6 ítems).

- **Formulario 3. Calidad del control prenatal (Anexo 4).** Constó de 13 ítems divididos en 5 áreas bajo la escala de likert (Definitivamente no, probablemente no, ni si, ni no, probablemente sí, definitivamente si), la primera correspondió a la competencia profesional (2 ítems), seguridad en el control prenatal (5 ítems), accesibilidad (3 ítems), eficacia (2 ítems) y comodidades (3 ítems) los cuales pasarán primero por proceso de validez a través de juicio de expertos y de confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach con $\alpha = 0,87$ (Anexo 5)

Plan de procedimientos y análisis

Procedimientos

Se procedió inicialmente buscando pacientes que se hayan atendido su parto en el Hospital I Marino Molina Scippa hayan tenido controles prenatales incompletos (< 6 controles) los cuales fueron el grupo caso, y se procedió a aparear con pacientes que se hayan atendido en el hospital, pero con 6 o más controles prenatales (controles). El proceso de apareamiento comenzó con los casos a los cuales se registró el día de atención y sexo del recién nacido, los cuales se buscó a pacientes controladas normalmente. Luego de presentarles el estudio de forma oral, se procedió en las que aceptaron, a identificar los criterios de selección. Para la identificación de casos y controles. A las pacientes, luego de presentarles el estudio de forma verbal, absolver preguntas, se entregaron la hoja informativa. Luego se procedió a aplicar el instrumento de recolección de datos, a través de la técnica entrevista estructurada, finalmente se agradeció a la paciente por su participación. Una vez concluido los casos, se procedió a ubicar las variables control, y a realizar el mismo procedimiento con los controles.

Plan de Análisis

Para el análisis de datos se tabuló en una base de datos en SPSS v 17.0 a los cuales se aplicó estadísticos descriptivos, proporciones en las variables cualitativas; promedios y desviaciones estándar en las variables cuantitativas. Se aplicó tablas de contingencia 2 x 2 en cada variable teniendo como variables independientes en las filas y la variable dependiente en la columna. En la percepción de calidad que fue el instrumento validado, se aplicó inicialmente la sumatoria de los puntajes, luego se determinó la mediana, el puntaje máximo obtenido resultó de la suma total de los ítems, pudiendo llegar a 65 puntos, en aquellos que superaron la mediana (48 puntos) se consideró percepción de la calidad del control prenatal adecuada, y en aquellos que fue igual o menor a la mediana se consideró calidad del control prenatal inadecuada. Para el análisis univariado de las variables cuantitativas se aplicó la prueba t-student para muestras independientes, considerándose significativo a un nivel de significación estadístico $p < 0,05$. Para la determinación de las relaciones se determinó a través del OR con sus intervalos de confianza al 95%, entre las variables independientes y la variable dependiente, inicialmente se aplicó el estadístico Chi cuadrado para determinación de asociaciones, considerándose significativo a un nivel de significación estadístico $p < 0,05$. Para la determinación del modelo matemático explicativo entre las variables independientes y la variable dependiente se aplicó la regresión logística binaria, bajo el método de Wald hacia adelante, con bondad de ajuste de Hosmer Lemeshow, sensibilidad y especificidad del modelo así como el OR con sus intervalos de confianza al 95%

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Resultados

La edad media de las pacientes con abandono al control prenatal fue de 29,5 años, mientras que en las que no abandonaron fue de 29,6 años. Hubo pocas diferencias en cuanto al nivel de instrucción entre las pacientes que abandonaron y no abandonaron el control prenatal, la mayoría de los casos (85,1%) estuvo entre la secundaria y superior técnica, mientras que el 86,8% fue lo que se encontró en los controles (Tabla 1).

Tabla 1. Datos generales de las pacientes según grupo abandono al control prenatal Hospital I Marino Molina Scippa - EsSalud 2011

Datos generales	Casos n = 167	Controles n = 167
Edad (X ± DE)	29,5 ± 5,8	29,6 ± 5,4
Grado de instrucción (%)		
Primaria	5,4	5,4
Secundaria	64,7	60,5
Superior técnica	20,4	26,3
Superior universitaria	9,6	7,8
Estado civil (%)		
Soltera	1,8	2,4
Unión estable	75,4	71,3
Casada	22,8	25,7
Otro	0	0,6
Total	100	100

Del mismo modo ocurrió con el estado civil, mientras que en las que abandonaron el control prenatal el 98,2% era casada o unión estable, en las que no abandonaron fue el 97% (Tabla 1).

Tabla 2. Datos obstétricos según grupo abandono al control prenatal Hospital I Marino Molina Scippa - EsSalud 2011

Datos Obstétricos	Casos	Controles	p
	n = 167 X ± DE	n = 167 X ± DE	
Número de gestaciones	2,6 ± 1,3	2,1 ± 1,3	<0,001
Número de partos	1,4 ± 1,1	0,9 ± 0,9	<0,001
Número de pretérminos	0 ± 0	0 ± 0	NS
Número de abortos	0,2 ± 0,4	0,2 ± 0,5	0,745
Número de hijos vivos	1,4 ± 1,2	0,9 ± 0,9	0,001
Número de cesáreas	0,1 ± 0,5	0,1 ± 0,4	0,124
Periodo intergenésico (años)	3,2 ± 3,1	3,2 ± 3,5	0,935
Controles prenatales total	4,1 ± 1,1	8,1 ± 1,6	<0,001
Controles prenatales I trimestre	0,2 ± 0,4	1,1 ± 0,9	<0,001
Controles prenatales II trimestre	1,2 ± 0,8	2,6 ± 0,7	<0,001
Controles prenatales III trimestre	2,7 ± 1,0	4,4 ± 1,3	<0,001

Con respecto a los datos obstétricos hubo diferencias significativas para el número de gestaciones, de partos, de hijos vivos, controles prenatales totales, de primer, segundo y tercer trimestre. No hubo diferencias significativas para los partos pretérminos, abortos, cesáreas y período intergenésico (Tabla 2).

Factores personales	Casos n = 167 %	Controles n = 167 %	OR	IC 95%	p
----------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------	---------------	----------

**Tabla 3. Factores personales asociados al abandono al control prenatal
Hospital Marino Molina Scippa - EsSalud 2011**

Edad extrema					
Presente	18,6	14,4			
Ausente	81,4	85,6	1,3	0,7 – 2,4	0,302
Embarazo no planificado					
Presente	43,1	36,5			
Ausente	56,9	63,5	1,3	0,8 – 2,0	0,219
Primaria incompleta					
Presente	0,6	0,6			
Ausente	99,4	99,4	1,0	0,0 – 16,1	1,000
Soltera sin pareja estable					
Presente	1,8	1,2			
Ausente	98,2	98,8	1,5	0,2 – 9,1	0,652
Domicilio lejano					
Presente	32,9	31,1			
Ausente	67,1	68,9	1,0	0,6 – 1,7	0,725
Desempleo					
Presente	15,6	15,0			
Ausente	84,4	85,0	1,0	0,5 – 1,9	0,879
Dificultad en permisos del trabajo					
Presente	18,6	10,2			
Ausente	81,4	89,8	2,0	1,1 – 3,7	0,029
Dificultad por cuidado de hijos					
Presente	18,6	8,4			
Ausente	81,4	91,6	2,4	1,2 – 4,8	0,006
Dificultad por quehaceres domésticos					
Presente	10,2	4,8			
Ausente	89,8	95,2	2,2	0,9 – 5,3	0,061
Poco apoyo de familia					
Presente	9,6	7,8			
Ausente	90,4	92,2	1,2	0,5 – 2,6	0,560
Olvido de citas					
Presente	49,1	32,3			
Ausente	50,9	67,7	2,0	1,2 – 3,1	0,002
Multiparidad					
Presente	10,2	5,4			
Ausente	89,8	94,6	1,9	0,8 – 4,6	0,102
Importancia del control prenatal					
Presente	77,8	92,2			
Ausente	22,2	7,8	0,2	0,1 – 0,5	<0,001
Total	100,0	100,0			

Los factores personales son aquellos que guardan correspondencia en la paciente para poder incidir o no en abandonar el control prenatal una vez iniciado el mismo, no hubo diferencias significativas para los factores edad extrema, embarazo no planificado, primaria incompleta, soltera sin pareja estable, domicilio lejano del lugar de la atención prenatal, estar desempleada, dificultades de asistir por los quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia y multiparidad (Tabla 3).

En cambio en los factores personales que hubieron diferencias significativas fueron: dificultad en permiso en el trabajo, dificultad por el cuidado de los hijos y olvido de las citas (Tabla 3).

Existiendo 2 veces mayor probabilidad de abandonar el control prenatal si hubiera dificultad en permiso en el trabajo, así mismo cuando hay dificultades para el cuidado de los hijos existe 2,4 veces mayor probabilidad de abandonar el control prenatal, el olvido de las citas también arrojó 2 veces mayor probabilidad para abandono al control prenatal, finalmente otro factor personal identificado fue la importancia del control prenatal que resultó ser un factor protector, es decir existe un 80% más protección para no abandonar el control prenatal si es considerado importante para la paciente (Tabla 3).

**Tabla 4. Factores institucionales asociados al abandono al control prenatal
Hospital Marino Molina Scippa - EsSalud 2011**

Factores institucionales	Casos	Controles	OR	IC 95%
---------------------------------	--------------	------------------	-----------	---------------

	n = 167 %	n = 167 %			p
Desconocimiento del control prenatal					
Presente	6,6	7,8			
Ausente	93,4	92,2	0,8	0,3 – 1,9	0,672
Ambiente inadecuado para la consulta prenatal					
Presente	9,0	15,0			
Ausente	91,0	85,0	0,5	0,2 – 1,1	0,092
Incoordinación entre servicios					
Presente	43,7	49,1			
Ausente	56,3	50,9	0,8	0,5 – 1,2	0,323
Tiempo de espera largo					
Presente	60,5	56,3			
Ausente	39,5	43,7	1,1	0,7 – 1,8	0,437
Ubicación lejana al lugar de atención					
Presente	28,1	22,2			
Ausente	71,9	77,8	1,3	0,8 – 2,2	0,207
Poco tiempo de consulta prenatal					
Presente	46,7	50,9			
Ausente	53,3	49,1	0,8	0,5 – 1,2	0,444
Total	100,0	100,0			

Con respecto a los factores institucionales, es decir, a aquellos factores que los servicios de salud tienen la posibilidad de poder incidir una vez que la paciente haya acudido a la consulta prenatal, no encontramos diferencias significativas en ninguno de los factores estudiados (Tabla 4).

Tabla 5. Factores médicos asociados al abandono al control prenatal Hospital Marino Molina Scippa - EsSalud 2011

Factores médicos	Casos n = 167	Controles n = 167	OR	IC 95%	p
------------------	------------------	----------------------	----	--------	---

	%	%			
Relación médico-paciente insatisfactoria					
Presente	25,1	20,4			
Ausente	74,9	79,6	1,3	0,7 – 2,1	0,296
Trato inadecuado					
Presente	10,8	8,4			
Ausente	89,2	91,6	1,3	0,6 – 2,7	0,457
Maltrato por el profesional					
Presente	6,0	1,8			
Ausente	94,0	98,2	3,4	0,9 – 12,8	0,048
Relación médico-paciente impersonal					
Presente	31,1	27,5			
Ausente	68,9	72,5	1,1	0,7 – 1,9	0,471
Miedo al examen ginecológico					
Presente	19,2	22,2			
Ausente	80,8	77,8	0,8	0,4 – 1,4	0,499
Consulta prenatal de baja calidad					
Presente	23,4	8,4			
Ausente	76,6	91,6	3,3	1,7 – 6,4	<0,001
Percepción de calidad de atención					
Inadecuada	67,7	33,5			
Adecuada	32,3	66,5	4,1	2,6 – 6,5	<0,001
Total	100,0	100,0			

Con respecto a los factores médicos no hubo diferencias significativas para el abandono al control prenatal con la relación médico-paciente insatisfactoria, trato inadecuado, maltrato por parte del profesional, relación médico-paciente impersonal y miedo al examen ginecológico (Tabla 5).

Sin embargo si hubo diferencias estadísticamente significativas para consulta prenatal de baja calidad, existiendo 3 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal cuando se percibe una consulta prenatal de baja calidad, así mismo hubo 4 veces mayor probabilidad de abandono al control cuando se percibe una inadecuada calidad del control prenatal (OR: 4,1 IC 2,6 -6,5).

Tabla 6. Modelo logístico de factores relacionados al abandono al control prenatal Hospital Marino Molina Scippa - EsSalud 2011

Factores asociados	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para Exp(B)	
			Inferior	Superior
Percepción de la calidad de atención	<0.001	6.3	3.6	11.1
Ambiente inadecuado para la consulta prenatal	0.01	3.0	1.3	7.2
Importancia del control prenatal	0.01	2.7	1.2	6.1
Poco tiempo de consulta	0.07	1.6	0.9	2.8
Incoordinación entre servicios para atenderla	0.07	1.6	0.9	2.7
Embarazo no deseado	0.05	0.5	0.3	1.0
Ubicación lejana del lugar de atención	0.01	0.4	0.2	0.7
Dificultad para el cuidado de los hijos	0.02	0.3	0.1	0.8
Multiparidad	0.03	0.3	0.1	0.9
Consulta prenatal de baja calidad	<0.001	0.3	0.1	0.6

Finalmente como elemento de análisis multivariado se sometieron todas las variables, tanto dicotómicas como numéricas para el análisis de regresión logística, para poder estimar el porcentaje de variables independientes (factores) que se relacionan con el abandono al control prenatal, la prueba de bondad de ajuste de HosmerLemeshow arrojó un valor $p=0,636$ considerándose un modelo adecuado, así mismo los factores ambiente inadecuado para la consulta prenatal, la importancia del control, el poco tiempo para la consulta, la incoordinación en los servicios, el número de gestaciones, la ubicación lejana del lugar de atención, el control prenatal de baja calidad y la percepción de la calidad del control prenatal explican el 73,1% del abandono al control prenatal en Hospitales nivel I de EsSalud, teniendo una sensibilidad del 76,6% y una especificidad del 69,5%. (Tabla 6).

Los factores identificados como de riesgo para abandono al control prenatal en establecimientos de EsSalud fueron la percepción de la calidad de atención, el ambiente inadecuado para la consulta prenatal, la importancia del control prenatal, el poco tiempo de la consulta, así mismo resultaron como factores protectores, es decir, que cuando están ausentes aumenta la probabilidad de no abandonar el control prenatal está el embarazo deseado, ubicación del establecimiento, el cuidado de los hijos, la paridad y la calidad de la consulta prenatal (Tabla 6).

4.2. Discusión

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en su informe sobre mortalidad materna⁽⁴¹⁾ indican que existe una brecha importante entre la asistencia a la atención prenatal y al parto institucional; es mayor el número de partos atendidos por profesionales en aquellas gestantes que tuvieron 4 ó más atenciones prenatales (78%) que quienes no tuvieron atención prenatal, cuya atención por profesionales alcanza sólo al 22%. El informe también sostiene que en el Perú últimamente ha habido un mayor número de gestantes que han tenido por lo menos una atención prenatal, es decir, ha habido algún contacto con los servicios de salud, sin embargo esto no se traduce en la fidelidad de la usuaria para la atención del parto.

La característica fundamental de las personas que se atienden en EsSalud, es que su grupo de atención son los asegurados, es decir personas que se encuentran en situación de empleados y que requieren de servicios de salud, así mismo otro grupo importante de atención son los derecho habientes, personas familiares directos, hijos, cónyuges que por tener una vinculación directa con el trabajador son atendidos en EsSalud, cabe destacar que uno de las dificultades por los cuales exista abandono al control prenatal en este grupo poblacional sea justamente las dificultades de permisos en el trabajo. Esto se refleja más aun, si indicamos que EsSalud tiene un déficit de infraestructura para cubrir atenciones, debido a su gran número de pacientes que solicitan atención. En el estudio se encontró que el 18,6% de pacientes con dificultades en los permisos en el trabajo y el abandono al control prenatal (Tabla 3), existiendo 2 veces mayor probabilidad de que se presente el

abandono con el factor dificultad de permisos en el trabajo presente, Chavarría⁽⁵⁾ identificó dificultad para obtener permiso durante el trabajo como factor para abandono al control prenatal. Albrecht⁽³⁰⁾ identificó que el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo.

Otro punto que se verá con mayor posibilidad, sobre todo en aquellas familias en la cuales ya cuentan con hijos, es justamente lo correspondiente al cuidado de los hijos, es decir, existe una mayor probabilidad de abandonar al control prenatal cuando se presenta dificultades en el cuidado de los hijos, que cuando ello no está presente, esto puede deberse también a que las parejas al tener ya anteriormente otros hijos, tienen experiencia sobre la maternidad y el proceso del embarazo, logrando así que si tienen dificultades ocasionadas por el encargo de los hijos para ser atendido, esta pueda quedar relegada y al final lograr que no se culminen todas las consultas de atención prenatal pactadas. El estudio demostró que existe 2,4 veces mayor probabilidad de abandono al control prenatal con dificultades para el cuidado de los hijos, Chavarría⁽⁵⁾ identificó que el cuidado de los niños, de la casa como factor para abandono al control prenatal. Albrecht⁽³⁰⁾ en su estudio realizado en Uruguay encontró que un 30,5% de las pacientes que no acudieron a su control prenatal fue porque no tenían a quien dejar el cuidado de sus hijos, así mismo en múltipara se encontró diferencias para acudir al control prenatal en aquellas que tienen hijos menores de 3 años con aquellas que tenían hijos mayores de esta edad.

Otro evento muy asociado con personas que tienen ocupaciones u obligaciones, sean estas laborales o no, se encuentra el olvido de las citas de control, se ha demostrado que existe una probabilidad mayor de abandonar el control prenatal cuando se está presente el olvido de las citas de control prenatal. Esto también puede ocurrir en mayor medida en personas que laboran, como es el caso de las que son atendidas por EsSalud y que al trasponer otros asuntos y no el control, hace que haya una posibilidad mayor al abandono al control prenatal. Chavarría⁽⁵⁾ identificó el olvido de las citas como factor para abandono al control prenatal, nuestro estudio identificó 49,1% de pacientes con este factor presente que habían abandonado al control prenatal.

La importancia hacia algo, se refiere a lo que le es conveniente o interesante para uno, resulta importante identificar que la consideración de las pacientes sobre la importancia del control prenatal, sea un factor asociado a justamente su abandono, en el estudio se ha podido determinar que cuando hay poca importancia hacia los controles prenatales, es más probable el abandono al control prenatal. Los controles prenatales posiblemente no se consideren convenientes para aquellas pacientes que abandonan. Chavarría⁽⁵⁾ identificó que uno de los factores asociados al no cumplimiento de las citas de seguimiento del control prenatal fue la poca importancia al mismo, así como a las citas de seguimiento, así mismo las actitudes de desánimo también se asocian a este factor. Faneite y colaboradores⁽⁷⁾ identificó este factor y lo encontró en el 48,8% de las que inasistieron, nuestro estudio identificó un 77,8% de pacientes con este factor presente y con abandono al control prenatal.

La calidad, entendida como el conjunto de atributos inherentes que permiten apreciarlo como mejor, peor o igual que otro del mismo género, entendido este concepto a lo correspondiente al control prenatal podríamos indicar que la calidad del control prenatal se determina justamente por la serie de atributos, es decir, la serie de actividades a realizar en cada gestante, y que hacen sopesar en que si son mejores o peores que otros controles prenatales, por lo que resulta importante identificar que cuando la calidad del control prenatal es baja, exista mayor probabilidad de abandonar el control prenatal. Faneite y colaboradores⁽⁸⁾ identificó este factor en el 29,8% de gestantes que inasistieron a la consulta prenatal, nuestro estudio identificó 23,4% de pacientes con este factor presente que habían abandonado el control prenatal.

La calidad de atención prenatal también puede ser evaluada a través de la percepción del control prenatal, sus atributos ya se han determinado para el control prenatal en los servicios de salud del Perú, y básicamente se determinan a elementos como la competencia profesional, la accesibilidad, la seguridad, las comodidades, entre otros por lo que se ha podido determinar que existe una probabilidad mayor al abandono al control prenatal cuando justamente se perciba una inadecuada calidad del control prenatal.

Con respecto a cómo estos factores pueden tener mejor influencia en el fenómeno abandono al control prenatal encontramos que los factores de riesgo más asociados al abandono al control prenatal son el ambiente inadecuado para la consulta prenatal, la importancia del control, el poco tiempo para la consulta prenatal, la incoordinación en los servicios y el número de gestaciones. Efectivamente si uno sopesa los factores previstos en una entidad donde tiene pacientes trabajadores y derecho habientes, es ambientes muy densos por atención prenatal, resulta que la explicación más adecuada se deba justamente a estos factores encontrados.

La cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. En la ENDES Continua 2009, se les preguntó a las mujeres por aspectos relacionados a la prestación de servicios y a su exposición a los mismos como el número de visitas de atención prenatal y la edad gestacional a la primera visita, el contenido de la atención prenatal. Para la atención del parto, se preguntó el lugar de ocurrencia, persona que atendió, y algunas características del parto (entre número de nacidos y nacidos vivos en los últimos cinco años anteriores a la encuesta). Similarmente, se hacen algunas preguntas sobre el cuidado postnatal entre las mujeres que no dieron a luz en un establecimiento de salud. Debido a que la calidad del control prenatal tiene como elementos constitutivos la relación entre profesionales y pacientes, este elemento se ha relacionado como un factor, cuando es inadecuado, para abandono al control prenatal, para ello se hace necesario presentar a los que realizan el control prenatal los principios y características de la calidad de la atención. La calidad como lo define la Real Academia de la Lengua, es el conjunto de atributos inherentes de una cosa, que permiten calificarla como mejor, peor o igual que las restantes de su misma especie, ya para los años noventa Avedis Donabedian definió la calidad de atención en el conjunto de las mejores acciones posibles para un paciente con los menores riesgos para el mismo, este concepto incluía que la forma de evaluación era a través de tres elementos: la estructura, el proceso y los resultados, con ellos se esbozó dimensiones de la calidad y estándares del mismo, este mismo concepto que inicio en la empresa ha pasado a las atenciones de salud como calidad del servicio⁽¹⁴⁾, los cuales identifican las siguientes características:

- *Carácter tangible*: es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación, por ejemplo como se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe el personal de recepción y auxiliar, entre otros.
- *Fiabilidad*: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no reclaman, pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiende un paciente mal o no le presta la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que el va a tener y luego es muy difícil de modificarla.
- *Rapidez*: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.
- *Competencia del personal*: debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitirlos claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios.
- *Cortesía*: expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.
- *Credibilidad*: es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos, para los profesionales de salud esto forma parte de la ética y deontológica profesional.
- *Seguridad*: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.
- *Accesibilidad*: que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

- *Comunicación*:informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.
- *Conocimiento del paciente*:se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

Resulta también muy importante que en el análisis multivariado resulten como elementos protectores, es decir que si estos factores fueran positivos habría menos probabilidad de abandono al control prenatal, como son el olvido de las citas, la ubicación lejana del lugar de atención, el control prenatal de baja calidad y percepción de la calidad del control prenatal. El proceso de olvidar en un proceso que puede ser revertido si se manejan los mecanismos adecuados de recordación, como pasa con todos los elementos publicitarios y de información, falta ingresar a los sistemas de salud, los mecanismos y las herramientas que utilizan otras ciencias como la administración y la ingeniería para poder tener menos posibilidades que una paciente olvide una cita de control. Con respecto a la ubicación lejana, EsSalud está realizando esfuerzos por tener más centros de atención, sobre todo de atención primaria para mejorar sus coberturas, por lo que este punto aun está en proceso de evolución, solo esperemos que con la estrategia del Unidades básicas de atención primaria (UBAP) este punto mejore y tener al servicio de salud más cerca al paciente. Otro punto fundamental que obviamente forma parte de todo el proceso del sistema de salud, es la calidad de la atención, como lo indicaba Avedis Donabedian, la calidad de la atención es el logro de los resultados más favorables, con el menor riesgo posible, y para ello sus dimensiones se tienen que expresar en los tres elementos básicos de la calidad de atención, la estructura, el proceso y los resultados, seguramente como estos procesos y sus consiguientes dimensiones no están adaptados para todos los resultados del control prenatal, ello hace que la calidad de la atención sea percibida como inadecuada y sea un elemento fundamental para el abandono al control prenatal, lo que el estudio nos está indicando es que el abandono podría reducirse si se logra manejar estándares de calidad de atención prenatal adecuadas.

CONCLUSIONES

- Al analizar la asociación de los factores se encontró que la importancia del control prenatal, el poco tiempo para la consulta, la incoordinación en los servicios, el número de gestaciones, el olvido de las citas, la ubicación lejana del lugar de atención, el control prenatal de baja calidad y la percepción de la calidad del control prenatal explican el 73,1% del abandono al control prenatal en Hospitales nivel I de EsSalud
- En cuanto a los factores personales, no hubo diferencias significativas para los factores edad extrema, embarazo no planificado, primaria incompleta, soltera sin pareja estable, domicilio lejano del lugar de la atención prenatal, estar desempleada, dificultades de asistir por los quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia y multiparidad. Hubo diferencias significativas para dificultades en permisos en el trabajo, el olvido de las citas y la importancia del control prenatal.
- No se encontraron diferencias significativas entre los factores institucionales y el abandono al control prenatal.
- Con respecto a los factores médicos no hubo diferencias significativas para el factor relación médico-paciente insatisfactoria, trato inadecuado, maltrato por parte del profesional, relación médico-paciente impersonal y miedo al examen ginecológico. Hubo diferencias significativas para consulta prenatal de baja calidad, percepción de calidad de atención y el abandono al control prenatal.

RECOMENDACIONES

- Como es una investigación analítica, se recomienda realizar investigaciones con mayor muestra para la determinación de inferencias estadísticas para aquellos factores que no resultaron significativos.
- Realizar investigaciones en otras realidades, puesto que se estima que los factores para abandono al control prenatal, no serán los mismos, en la costa, sierra y selva.
- Realizar investigaciones cualitativas para profundizar en las posibles razones por lo cual estos factores son los que más tienen que ver con el abandono al control prenatal.
- Existe la posibilidad de que la calidad del control prenatal juegue un papel preponderante en el abandono al control prenatal, por lo que la implementación de programas de mejora de la calidad del control prenatal a nivel de atención primaria, seguramente mejorará las atenciones en las gestantes.
- Se hace necesario revisar más profundamente los objetivos del control prenatal y adecuarlos a los tiempos establecidos, porque al parecer estos tiempos hacen que las gestantes decidan o no continuar con las consultas ulteriores.
- El control prenatal es una herramienta eminentemente preventiva, tiene un componente muy fuerte en la educación materna, pero lamentablemente este punto no ha sido aun articulado adecuadamente en todo su proceso, haciendo así que se desperdicie tiempo y desmejorando en la calidad de la atención.
- Al tratarse de una investigación de gerencia de servicios de salud, proponemos como indicadores de resultado para el monitoreo de la reducción del abandono al control prenatal, los factores médicos como la percepción de

la calidad del control prenatal, calidad del control prenatal de baja calidad y maltrato por parte del profesional. Estos indicadores podrían formar parte de normas de atención materna y de capacitación para mejora del sistema del control prenatal

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguilar C, Beutelspacher A, Salvatierra B, Mariaca R, Estrada A. Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. Población y Salud Mesoamérica Rev. Electrónica 2006;4(1): artículo 3. (en línea) dirección URL disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
2. Barrios A, Montes N. Control Prenatal. Rev. Papeña Med. Fam. 2007;4(6): 128-131
3. Cáceres-Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colombiana ObstetGinecol 2009;60(2): 165-70
4. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Del Mar M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac. Sanit. 2006;20(1): 25-30
5. Chavarría J. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Centros de Salud Francisco Buitrago y Ticuantepe. Managua. Periodo Octubre 2005 – Junio 2006. (Tesis de Maestría) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2006
6. Defensoría del Pueblo. Derecho a una maternidad segura: Supervisión nacional de los servicios nacional de Ginecología y Obstetricia MINSA. Informe Defensorial 138. 2008
7. Faneite P, Rivera C, González M, Linares M, Faneite J. ¿Por qué no se controla la embarazada? RevObstetGinecolVenez 1992;62(2)
8. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿qué justifica? RevObstetGinecolVenez 2009;69(3):147-151
9. Fraifer S., García Martí S. Control Prenatal en embarazadas. Evid. actual. Práct. ambul. 2004;7: 173-177
10. Hernández B, Trejo J, Ducoing D, Vázquez L, Tomé P. Guía clínica para la atención prenatal. Rev Med IMSS 2003; 41(Supl): S59-S69
11. Madurelo J, Haro A, Pérez F, Cercas L, Valentín A, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. GacSanit 2006;20(1): 31-9

12. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. 2004
13. Muñoz S. El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de autocuidado. (en línea) dirección URL disponible en <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>. Acceso 16 de Julio de 2010-07-16
14. Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Maranga. Agosto – Octubre 2004. (Tesis) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2004
15. Ortiz R, Beltrán M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. Med UNAB 2005;8:102-112
16. Oyarzun E. Salud materna en las Américas (Editorial) Rev Chil Obstet Ginecol 2005;70(2): 71-2
17. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompert V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Rev Hosp Mat Inf Ramón Sarda 2008;27(3):114- 119
18. Peñueles-Cota J, Ramírez-Zepeda M, González-Bon M, Gil-Pineda J, Cárdenas-Angulo A, García-Sañudo N. Factores asociados a mortalidad materna. 2008;2(3): 86-90
19. Quelopana A, Dimmitt J, Salazar B. Traducción y validación del cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal en embarazadas de México. Index Enferm 2007;16(57) Dirección URL http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000200005&script=sci_arttext Acceso 23 de Julio de 2007
20. Rosello-Soberon M, Casanueva E. Orientación alimentaria en el control prenatal. Una herramienta educativa. Perinatol Reprod Hum 2005;19: 168-76
21. Salvador J, Díaz J, Huayanay L. Factores de riesgo del parto pretérmino: estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet 2004;50:232-242.
22. Sánchez-Nuncio H, Pérez-Toga G, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380
23. Seclén-Palacín J, 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. *RevPanam Salud Publica* 2004; 16(3):149
24. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex* 2006;48:418-429.
 25. Tipiani O, Tomatis C. El control prenatal y el desenlace maternoperinatal. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2006;52(4):247-52
 26. Torres Y, Montoya L, Cuartas J, Julián J. Factores asociados a mortalidad materna-estudio de casos y controles. Medellín 2001 – 2003. *Rev CES Medicina* 2005;19(2): 19 – 45
 27. Vásquez-López E, Boschetti-Fentáñez B, Monroy-Caballero C, Ponce-Rosas R. Evaluación de la atención prenatal en un grupo de médicos familiares de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2005;7(2): 57-60
 28. Villar J. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Las mejores prácticas en salud reproductiva. Organización Mundial de la Salud 2003.
 29. Villarreal E, Garza M, Elizondo M, Nuñez G, Rodríguez S, Rodríguez O. Costo de la atención prenatal: Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev ChilObstetGinecol* 2007;72(5): 298-303
 30. Von Waldenfels H, Planz M, Ramón J. Factores que influyen en la ocurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. *Rev Med Uruguay* 1992;8:61-69
 31. Carter M, Speizer I. Salvadorian fathers` attendance at prenatal care, delivery, and postpartum care. *Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health* 2005;18(3): 149-156
 32. Troncoso M, Serna E, Castaño J, Castro J, Rosales M, Vélez J, et al. Detección de factores de riesgo en el grupo de gestantes del programa de control prenatal, en una entidad de 1° nivel, y sus efectos en el neonato, Manizales 2007. *Arch Med (Manizales)* 2007;15:57-65
 33. Pazmiño S, Guzmán-Gómez N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994 – 2004. Cali Colombia. *RevColombObstetGinecol* 2009;60(1): 12-18
 34. Physiciansfor Human Rights. Demoras fatales mortalidad materna en el Perú Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. 2007
 35. LoriDiPrete Brown, Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo –segunda edición 2007

36. Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez* 2007;5(1): 1-36
37. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Guía Técnica 2007
38. Villar J, Carroli G, Khan D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión). *The Cochrane Collaboration*. 2007;4
39. Presidencia del Consejo de Ministros. Objetivos del desarrollo del milenio. Informe del cumplimiento Perú – 2008. Resumen Ejecutivo Perú 2008
40. Faneite Pedro, Rivera Clara, Relación entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1997 – 2006
41. Ministerio de Salud, Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. DGSP ESNSSR 2009
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 Visión nacional y Departamental. Informe Principal 2009
43. Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía de práctica clínica – Control prenatal con enfoque de riesgo 2009
44. Ministerio de Salud, Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres – 2006
45. Garza María Eugenia, Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana, *Rev. Esp. Salud Pública* – 2003
46. Casini Sergio, Sainz Lucero, Hertz Martín. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires – Argentina. Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal 2002
47. Bronnfman Mario, Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias, *Salud pública de México/ vol. 45, N° 6, noviembre – diciembre 2003*
48. Herrera Julián, Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal, *Colombia médica*, año/vol.33, número 001, Universidad del Valle Cali, Colombia 2002

49. Ministerio de Salud Argentina, Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal 2001
50. EAT Proyecto 2000 Informe Preliminar. Mejoramiento continuo de la calidad en los servicios maternos perinatales del Perú 2001
51. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6ta. Ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 2000
52. Fabre E, Carrera J, Navarrete L. Investigación en Perinatología. 2da. Ed. Edit. Masson SA. 2003.
53. Del Valle Llagostera Juan Guillermo, Plasencia Asorey Carolina. Calidad de la atención prenatal en área de Melia. MEDISAN 2010;14(5):641
54. Lazcano-Ponce E, Salazar-Martínez E, Hernández-Ávila M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamentos teórico, variantes y aplicaciones. Salud Publica Mex 2001;43(2):135-150
55. Orozco M, Mendoza M, Ramos R, López A, Ruelas G. Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. Rev. Espe Méd Quirúr 2011;16(4):240-247
56. Zamberlin N, Vásquez S, Calandra N, Real P, et al. Guía de Procedimientos para la Atención de Mujeres en situación de embarazo no planificado. Federación Internacional de Planificación Familiar. Argentina 2012
57. Pacora P, Capcha E, Esquivel L, Ayala M, Ingar W, Huiza L. La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. An Fac Med Lima 2005; 66(4):282-9
58. Cáceres-Manrique F, Molina-Marín G. Inequidades sociales en atención materna. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2010;61(3):231-8
59. Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzalez C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered 2011;22:169-175
60. Romero G, López J, Horna A, Ponce A, Guizar J. Morbilidad materno fetal relacionada con el aplazamiento de la incapacidad laboral prenatal. Ginecol Obstet Mex 2006;74:349-53
61. Suarez D, Muñoz L. La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto. Av Enf 2008;26(2):51-8
62. Moya-Plata D, Guiza-Salazar I, Mora-Merchán M. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Rev Cuid 2010;1(1):44-52

63. Ministerio de Salud. Instrumento de Evaluación de la gestión hospitalaria. Dirección General de Salud de las Personas. Junio 2005.
64. Hernandez L, Cala C. Factores asociados al abandono del programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado San Juan de Cimitarra, Santander segundo Semestre de 2008. (Tesis de Especialidad) Universidad Autónoma de Bucanamarca 2009
65. EsSalud. Memoria Anual 2010.
66. Resolución Gerencia General N° 274-GG-ESSALUD-2011. Plan anual de Gestión 2011 de EsSalud.
67. EsSalud. Plan Anual de calidad y seguridad del paciente 2012. Defensoría del asegurado oficina de calidad y seguridad del paciente. 2012
68. Plan Estratégico EsSalud 2008 - 2011.
69. Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente 2012. Defensoría del Asegurado Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. 2012.
70. Martinez-Gonzalez Lidia, Reyes-Frausto Sandra Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública Mex. 1996;38:341-351.
71. Castro Franco, Bibiana Edivery, Peñaranda Correa, La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. Rev. Salud Colectiva, Buenos Aires,7(3):333-345, Setiembre – Diciembre, 2011
72. Carlos Humet, Reflexiones sobre la Calidad Asistencial en el cambio de siglo. Rev. Calidad Asistencial 2001;16:5-7
73. Torres Antonio, Lledo Rafael, La coordinación entre niveles asistenciales. Rev. Calidad Asistencial 2001;16:232-233
74. Torres Capcha Peter Alexander, Calidad de la atención obstétrica y la satisfacción de usuarias del control prenatal en un Centro de Salud del Agustino. Revista Salud, Sexuales y Sociedad 2(1), 2009

Anexo 1

Informativo a pacientes

EL CONTROL PRENATAL

Si ya confirmaste tu embarazo tienes que cuidar de ti y de tu bebe.

Para lograr un embarazo y un bebe sano es importante que cuides tu salud acudiendo a tus controles pre-natales de manera periódica desde los primeros meses de gestación

Acude a tu Centro Asistencial mas cercano en el cual te brindarán una atención integral para lograr un embarazo saludable

Participa en las charlas y talleres de **psicoprofilaxis** donde te prepararan para el parto brindándole información sobre estilos de vida saludables, los cursos en grupo le permitirá conocer a otras mujeres embarazadas, y futuros padres, podrán dialogar con ellos y compartir experiencias e vida saludables.

PAQUETE ESENCIAL DE SALUD DE LA GESTANTE

Para un embarazo saludable

- Primer control antes de las 12 semanas
- Segundo control antes de las 20 semanas
- Tercer control entre 20 y 24 semanas
- Cuarto control entre las 24 y 28 semanas
- Consulta odonto-estomatológica
- Exámenes de laboratorio (incluye la prueba de VIH (ELISA) prueba rápida
- Talleres de Psicoprofilaxis

MICRONUTRIENTE A CONSUMIR EN ESTA ETAPA
Sal ferrosa, ácido fólico, carbonato de calcio.

SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO

- Ecografía
- Papanicolaou
- Vacuna antitetánica



ESTILOS DE VIDA

Para un embarazo saludable

1. Aumenta el consumo de verduras y frutas frescas
2. Evita el sedentarismo
3. Evita fumar
4. Evita el consumo de alcohol
5. Cuida su higiene
6. Rodéate de un ambiente positivo
7. Acude a tu control prenatal

NO OLVIDAR

- Realizarse la prueba para detectar el virus del VIH
- Aplicarse la vacuna antitetánica
- Hacerse el Papanicolaou
- Tomar diariamente vitaminas y minerales según lo indicado.

Acude de inmediato a tu Centro Asistencial si tienes:

- Dolor de cabeza y/o zumbido de oídos.
- Hinchazón de pies, manos y cara.
- Dolor abdominal.
- Pérdida de líquido o sangre por la vagina.
- Disminución de movimientos fetales.

Anexo 2

Factores asociados al abandono del control prenatal – Hospital I Marino Molina Scippa – Red Asistencial Sabogal - EsSalud

ID: _____

Formulario 1

Fecha ____/____/____

Hora: _____

I. DATOS GENERALES

1. Edad [____] [____] años

2. Ocupación

3. Grado de instrucción

4. Estado civil

Ninguno [0]

Soltera [1]

Primaria [1]

Unión estable [2]

Secundaria [2]

Casada [3]

Superior Técnica [3]

Otro [4]

Superior Universitaria [4]

5. Procedencia: _____ (distrito)

6. Lugar de nacimiento _____

II. DATOS OBSTETRICOS

7. G__ P__ / __ / __ / __

8. Número de Partos por cesárea _____

9. Periodo intergenésico _____ (años)

10. Establecimiento donde se atendió el
CPN

11. Número de controles prenatales

12. N°CPN I trimestre _____

13. N°CPN II trimestre _____

14. N°CPN III trimestre _____

III. DATOS DEL RECIEN NACIDO

- 15. Fecha de nacimiento _____
- 16. Hora de nacimiento _____
- 17. Tipo de parto _____
- 18. Sexo del RN _____
- 19. Apgar al minuto _____

Observaciones

- 20. Apgar a los 5 minutos _____
- 21. Perímetro cefálico _____ cm
- 22. Talla _____ cm
- 23. Peso _____ g

ANEXO 3

Factores asociados al abandono del control prenatal – Hospital I Marino Molina Scippa – Red Asistencial Sabogal - EsSalud

ID: _____

Fecha ____/____/____

Hora: _____

Formulario 2

I. ABANDONO AL CONTROL PRENATAL Si [] No []

II. FACTORES PERSONALES

	Presente	Ausente
1. Edad extrema	[]	[]
2. Embarazo no deseado	[]	[]
3. Primaria incompleta	[]	[]
4. Soltera sin pareja estable	[]	[]
5. Domicilio lejano	[]	[]
6. Desempleo	[]	[]
7. Dificultad de permisos en trabajo	[]	[]
8. Dificultad para el cuidado de los hijos	[]	[]
9. Dificultad por los quehaceres domésticos	[]	[]
10. Poco apoyo de la familia	[]	[]
11. Olvido de citas	[]	[]
12. Multiparidad	[]	[]
13. Importancia del control prenatal	[]	[]
14. Desconocimiento sobre el control prenatal	[]	[]

III. FACTORES INSTITUCIONALES	Presente	Ausente
1. Ambiente inadecuado para la consulta	[]	[]
2. Incoordinación entre los servicios para atenderla	[]	[]
3. Tiempo de espera largo	[]	[]
4. Ubicación lejana del lugar de atención	[]	[]
5. Pocas tiempo de consulta	[]	[]

IV. FACTORES MEDICOS

	Presente	Ausente
1. Relación médico-paciente insatisfactoria	[]	[]
2. Trato inadecuado	[]	[]
3. Episodios de maltrato por parte del profesional	[]	[]
4. Relación médico-paciente impersonal	[]	[]
5. Miedo al examen ginecológico	[]	[]
6. consulta prenatal de baja calidad	[]	[]

Observaciones

ANEXO 4

**Factores asociados al abandono del control prenatal – Hospital I Marino Molina
Scippa – Red Asistencial Sabogal - EsSalud**

ID: _____

Formulario 3

Fecha _____/_____/_____

Hora: _____

CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

	Definitivamente no	Probablemente no	Ni si, ni no	Probablemente si	Definitivamente si
COMPETENCIA PROFESIONAL					
1. ¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	1	2	3	4	5
2. ¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	1	2	3	4	5
SEGURIDAD EN EL CONTROL PRENATAL					
3. ¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?	1	2	3	4	5
ACCESIBILIDAD AL CONTROL PRENATAL					
6. ¿Considera que el horario de atención es adecuado?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	1	2	3	4	5
EFICACIA DEL CONTROL PRENATAL					
9. ¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	1	2	3	4	5
COMODIDADES					
11. ¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	1	2	3	4	5
12. ¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	1	2	3	4	5
13. ¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	1	2	3	4	5

Observaciones

Anexo 5

INFORME DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Con respecto al Formulario 1, no se realizó proceso de validez y confiabilidad del mismo, por tratarse de ítems que no ofrecen duda para su recolección, así mismo, estos datos serán obtenidos de los registros de historia clínica, carné perinatal.

Con respecto al formulario 2, el cual es una hoja de registro, tampoco se ha realizado proceso de validez y confiabilidad del instrumento, debido a que es un documento de constatación de datos que pueden encontrarse en varios documentos fuentes para ser analizados por el recolector de datos, es decir, de fuente secundarias.

Con respecto al Formulario 3, sobre calidad del control prenatal si se ha realizado el proceso de validación y confiabilidad del instrumento, para ello, se ha analizado la validación con el coeficiente de correlación inter-ítems, considerándose adecuado cuando las correlaciones eran mayores a 0,20. Así mismo este instrumento ha pasado por el proceso de confiabilidad del instrumento a través de la prueba Alfa de Cronbach.

Se determinó una confiabilidad adecuada del instrumento en general (Tabla 1) con los 13 ítems analizados en 20 pacientes.

Tabla 1. Resultado del Alfa de Cronbach del instrumento Calidad del Control Prenatal - 2010

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,860	0,870	13

Las correlaciones inter-ítems demostraron correlaciones adecuadas, exceptuándose en las correlaciones entre el ítem 4 (¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?) y el ítem 1 (¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?) e ítem 2 (¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?), así mismo entre el ítem 4 (¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?) y el ítem 1 (¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?) e ítem 2 (¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?). Así mismo hubo poca correlación entre

el ítem 10 (¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?) e ítem 11 (¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?).

Tabla 2. Resultado los correlaciones inter ítem del instrumento Calidad del Control Prenatal - 2010

Inter-Item Correlation Matrix													
	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13
Ítem 1	1,000	,427	,301	-,040	-,138	,370	,245	,401	,172	-,165	,215	,036	,059
Ítem 2	,427	1,000	,549	,091	,070	,708	,455	,478	,603	,149	,506	,041	,246
Ítem 3	,301	,549	1,000	,591	,547	,662	,413	,487	,766	,468	,429	,477	,199
Ítem 4	-,040	,091	,591	1,000	,746	,383	,530	,123	,397	,523	,234	,554	,386
Ítem 5	-,138	,070	,547	,746	1,000	,227	,351	,245	,368	,519	,015	,600	,195
Ítem 6	,370	,708	,662	,383	,227	1,000	,509	,407	,534	,243	,624	,114	,362
Ítem 7	,245	,455	,413	,530	,351	,509	1,000	,612	,640	,438	,235	,034	,361
Ítem 8	,401	,478	,487	,123	,245	,407	,612	1,000	,631	,470	,077	-,026	-,056
Ítem 9	,172	,603	,766	,397	,368	,534	,640	,631	1,000	,560	,226	,312	,228
Ítem 10	-,165	,149	,468	,523	,519	,243	,438	,470	,560	1,000	-,062	,325	,236
Ítem 11	,215	,506	,429	,234	,015	,624	,235	,077	,226	-,062	1,000	,242	,522
Ítem 12	,036	,041	,477	,554	,600	,114	,034	-,026	,312	,325	,242	1,000	,542
Ítem 13	,059	,246	,199	,386	,195	,362	,361	-,056	,228	,236	,522	,542	1,000

ÁREA COMPETENCIA PROFESIONAL

El área correspondiente a competencia profesional, arrojó una confiabilidad del 0,594 muy cercana a lo requerido, pero no adecuada para ser considerada en el rango de aceptación, al realizar la correlaciones respectivas, estas si fueron adecuadas (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Resultado del Alfa de Cronbach del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área Competencia profesional - 2010

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,594	0,598	2

Tabla 4. Resultado los correlaciones inter ítem del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área competencia profesional - 2010

Inter-Item Correlation Matrix		
	1. ¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	2. ¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?
1. ¿Considera que el control prenatal lo manejaba adecuadamente?	1,000	0,427
2. ¿Estaba de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	0,427	1,000

ÁREA SEGURIDAD DEL CONTROL PRENATAL

El área correspondiente a la seguridad en el control prenatal arrojó correlaciones adecuadas tanto inter-ítems como en el coeficiente Alfa de Cronbach (Tabla 5 y 6).

Tabla 5. Resultado del Alfa de Cronbach del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área Seguridad del control prenatal- 2010

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,835	0,835	3

Tabla 6. Resultado los correlaciones inter ítem del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área seguridad del control prenatal - 2010

Inter-Item Correlation Matrix			
	1. ¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	2. ¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	3. ¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?

1. ¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	1,000	0,591	0,547
2. ¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	0,591	1,000	0,746
3. ¿Considera que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse?	0,547	0,746	1,000

AREA ACCESIBILIDAD AL CONTROL PRENATAL

Con respecto al área de accesibilidad al control prenatal, se evidenció también correlaciones adecuadas inter-ítems (Tabla 8), así mismo arrojó una confiabilidad adecuada para esta área (Tabla 7).

Tabla 7. Resultado del Alfa de Cronbach del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área Accesibilidad al control prenatal - 2010

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,745	0,757	3

Tabla 8. Resultado las correlaciones inter ítem del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área de accesibilidad- 2010

Inter-Item Correlation Matrix			
	1. ¿Considera que el horario de atención es adecuado?	2. ¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	3. ¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?
1. ¿Considera que el horario de atención es adecuado?	1,000	0,509	0,407
2. ¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	0,509	1,000	0,612
3. ¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	0,407	0,612	1,000

AREA EFICACIA DEL CONTROL PRENATAL

Con respecto al área referida a la eficacia del control prenatal, está arrojó correlaciones adecuadas en los dos ítems estudiados (Tabla 10), así mismo al realizar el análisis sobre la confiabilidad del mismo, también se encontró en un rango aceptable para el estudio (Tabla 9).

Tabla 9. Resultado del Alfa de Cronbach del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área eficacia - 2010

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,712	0,718	2

Tabla 10. Resultado los correlaciones inter ítem del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área eficacia del control prenatal - 2010

Inter-Item Correlation Matrix		
	1. ¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	2. ¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?
1. ¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	1,000	0,560
2. ¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	0,560	1,000

AREA COMODIDADES

Con respecto al área de estudio de las comodidades en el control prenatal, se encontró correlaciones inter-ítems adecuadas para el mismo (Tabla 12), así mismo el coeficiente de confiabilidad también arrojó resultados aceptables para el instrumento (Tabla 11).

Tabla 11. Resultado del Alfa de Cronbach del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área comodidades - 2010

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,672	0,698	3

Tabla 12. Resultado los correlaciones inter ítem del instrumento Calidad del Control Prenatal en el área comodidades - 2010

Inter-Item Correlation Matrix			
	1. ¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	2. ¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	3. ¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?
1. ¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	1,000	,242	0,522
2. ¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	0,242	1,000	0,542
3. ¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	0,522	0,542	1,000