



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSTGRADO

TESIS

**CUIDADO PRENATAL DE LA GESTANTE Y LA ATENCIÓN QUE
RECIBE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL HOSPITAL
JOSÉ SOTO CADENILLAS DE LA PROVINCIA DE CHOTA - 2015**

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTOR:

Br. LUZ MARIBEL ALARCÓN CORONEL

ASESOR

Dr. ERICK CARLO FIGUEROA CORONADO

LINEA DE INVESTIGACION:

SERVICIOS DE SALUD

CHOTA – PERÚ

2017

Dedicatoria

Dedico esta tesis de manera muy especial a Dios todopoderoso quien ha sido mi gran guiador en los pasos que doy día a día.

A mis padres por ser la fuerza y motor para la construcción de mi vida profesional, sentando en mí las bases de superación, crecimiento y sobretodo desarrollo personal, quienes me apoyaron siempre y en todo momento siendo un ejemplo a seguir ya que siempre me orientan con sus valores y enseñanzas.

A mis maestros quienes siempre me han dado la confianza y orientación en el transcurso de esta maestría.

A mis amigos por los ánimos que siempre me brindaron y por esta siempre a mi lado brindándome la confianza y la fuerza para seguir.

Maribel

Agradecimiento

En el término de esta tesis teniendo como base la investigación, quiero agradecer de forma muy especial a la escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo por permitirme realizar estos estudios y por ende a las autoridades del Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas Chota, ya que este logro se hizo gracias a la participación y apoyo constante de las autoridades.

También debo hacer llegar mi agradecimiento de manera sincera a mi Asesor Dr. Erick Carlo Figueroa Coronado por brindarme el incentivo y la motivación en la realización de esta tesis bajo su orientación y asesoramiento, por la confianza hacia mi trabajo y el apoyo constante en mi formación como investigador.

Finalmente, hago llegar mi agradecimiento a los docentes de la Universidad que con la preparación y nivel profesional que estos poseen, nos han direccionado con su profesionalismo y ética y con los conocimientos brindados.

Maribel.

Presentación

Respetables señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación intitulado: Cuidado prenatal de la gestante y la atención que recibe del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2015, con fines de obtener el grado de Magíster en Gestión de Servicios de Salud.

Esta investigación presenta información acerca de los cuidados que se le brinda a las mujeres gestantes, con la finalidad de prevenir e identificar oportunamente problemas de salud en la madre y el bebé, en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas Chota, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), durante el año 2015, en cuyo contexto, la información recogida a través de la aplicación de los instrumentos indican que existe relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota.

Segura del reconocimiento del aporte de este trabajo se está presta a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de todas las gestantes atendidas a través del SIS en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas Chota, puesto que toda investigación contribuye a la mejora del servicio y de la calidad en los servicios de salud.

Maribel

Índice

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Presentación	IV
Índice.....	V
Resumen.....	IX
Abstract.....	X
Introducción.....	11
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1 Planteamiento del problema	15
1.2 Formulación del problema.....	17
1.3 Justificación	18
1.4 Limitaciones	19
1.5 Antecedentes	19
1.5.1 Internacionales.....	19
1.5.2 Nacionales.....	23
1.5.3 Locales	25
1.6 Objetivos	28
1.6.1 General.....	28
1.6.2 Específicos.....	28
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	29
2.1 Base teórica	29
2.1.1 Teoría de la reproducción humana.....	29
2.1.2 Cuidado prenatal.....	30
2.1.3 El control prenatal.....	31
2.1.4 Detección del embarazo.....	33

2.1.5 Cambios fisiológicos durante el embarazo.	35
2.1.6 Embarazo de alto riesgo.	39
2.1.7 Complicaciones del embarazo.	41
2.1.8 Ventajas y desventajas de un embarazo tardío.	45
2.1.9 Actividades básicas a realizar en los controles prenatales.	47
2.1.10 Signos de alarma en la gestante.	48
2.1.11 Salud reproductiva y social - maternidad segura.	48
2.1.12 Atención prenatal.	50
2.1.13 El enfoque de la atención calificada del parto.	51
2.2 Calidad.	52
2.2.1 Calidad en salud.	54
2.2.2 Calidad de la atención médica o servicios de salud.	55
2.2.3 Concepto de calidad de servicio asistencial.	57
2.2.4 Componentes, determinantes y atributos de la calidad asistencial. ...	59
2.2.5 Aproximación histórica.	63
2.2.6 Evaluación y mejora de la calidad asistencial.	66
2.2.7 Servicio.	67
2.2.8 Características de los servicios.	68
2.2.9 Calidad del servicio.	69
2.2.10 Calidad en servicios de salud.	71
2.2.11 Dimensiones de la calidad en salud.	73
2.2.12 Satisfacción del usuario externo.	75
2.2.13 Medición de la calidad de servicio.	77
2.2.14 El aseguramiento universal en salud.	81
2.2.15 La mortalidad materna.	88
2.2.16 La mortalidad materna en Chota.	94

2.2.17 Calidad del servicio del Seguro Integral de Salud (S.I.S.).	97
2.3 Marco conceptual	99
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	101
3.1 Hipótesis	101
3.2 Variables	101
3.2.1 Definición conceptual.	101
3.2.2 Definición operacional.	102
3.2.3 Definición conceptual.	102
3.2.4 Definición operacional.	102
3.3 Metodología	105
3.3.1 Tipo de estudio.	105
3.3.2 Diseño.	105
3.4 Población y muestra.	106
3.3.1 Población.	106
3.3.2 Muestra.	106
3.5 Métodos de investigación.	106
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	107
3.6.1 Técnicas.	107
3.6.2 Instrumentos	109
3.7 Validación y confiabilidad del instrumento	109
3.7.1 Lista de cotejo sobre cuidado prenatal.	109
3.7.2 Encuesta sobre atención en el Seguro Integral de Salud.	109
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	113
4.1 Análisis de los resultados.	113
4.2 Prueba de contrastación de la hipótesis	121
4.3 Discusión de los resultados	122

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	124
Conclusiones	124
Recomendaciones	126
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS	132

Resumen

La presente investigación es de tipo no experimental descriptivo correlacional de corte transversal, que tuvo como objetivo general determinar la relación significativa entre el cuidado prenatal de la gestante y la atención que recibe del seguro integral de salud en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota – 2015.

La población y muestra censal está constituida por 107 madres gestantes del Seguro Integral de Salud del Hospital. Se utilizaron los instrumentos para cuantificar las variables de estudio.

La investigación concluye sobre el estado actual del cuidado prenatal de la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José soto cadenillas el 84,4% de las madres opinan que no es óptimo, siendo este el porcentaje más alto. Sobre la calidad de atención que brinda el Seguro Integral de Salud a las gestantes en el Hospital José soto cadenillas el 57,9 % de las madres gestantes opinan que es regular. Sobre la relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante los resultados afirmaron que el 45,8 % opina que la calidad de la atención es regular, sobre la relación se concluye que es débil y positivo, lo que indica que si mejora la calidad de la atención mejora el cuidado pre natal, Luego podemos concluir que existe relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota

Palabras clave: Cuidado prenatal, Gestante, atención, Seguro Integral de Salud.

Abstract

This research is descriptive correlational no experimental cross-section, which had the overall objective was to determine the significant relationship between prenatal care of pregnant women and the attention it receives from the comprehensive health insurance at the Jose Soto Cadenillas Hospital Chota - 2015.

The population census was shown consists of 107 pregnant mothers Comprehensive Health Insurance Hospital. The instruments used to measure the study variables.

The research concludes about the current state of prenatal care for the mother of the Comprehensive Health Insurance Hospital Jose Soto chains 57,9 % of mothers say it is not optimal, which is the highest percentage. On the quality of care provided by the Comprehensive Health Insurance for pregnant in the Hospital José Soto chains 45,8 % of expectant mothers think that is fair. On the relationship between prenatal care and attention that the mother receives the results reported that believe that the quality of care is regularly concludes the relationship is weak and positive, indicating that if improvement the quality of care improves pre natal care, then we can conclude that there is a relationship between prenatal care and attention that the mother receives the Comprehensive Health Insurance Hospital Jose Soto Cadenillas province of Chota.

Keywords: Prenatal care, pregnant women, care, comprehensive health insurance.

Introducción

Según Las Naciones Unidas, en el 2005, nos señala que, Corría el año 2000 en septiembre, los presidentes de 147 naciones y 42 ministros y jefes de delegación se congregaron en la Asamblea General de las Naciones Unidas para iniciar la tarea de establecer cómo unificar sus energías y su responsabilidad de ejecutar un esfuerzo en conjunto para revitalizar la contribución internacional dirigida los países en desarrollo y, sobretodo, a luchar decisivamente contra la pobreza extrema.

Con esta reunión es establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), estos se relacionan en cómo proteger y mejorar la salud donde el n° 4 y 5, se señala una individual, tales como reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

A mitad del periodo del plazo para lograr las metas establecidas, en el año 2005, los porcentajes de mortalidad infantil en la región bajaron, sin embargo, el Perú se ubica junto a los países que tienen bajas tasas de mortalidad. “en lo que se refiere a la mortalidad materna a nivel de la región existe un retraso y únicamente Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, aparece con menos de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos” (Alfaro & Campos, 2014, p.4).

Por otro lado, tenemos en el año 2011, al Ministerio de Salud (MINSA) nos indica que entre los años 2000 y 2011 en lo que se refiere a la tasa de mortalidad materna, es variable y caracteriza por altibajos, por cada 10.000 nacimientos en el año 2000 la tasa fue de 3,6, en el “2010 se registró una tasa de 3,93, la mayor registrada, y en el 2007 fue de 1,90, la menor registrada y para el 2011, la tasa fue de 2,11 por cada 10.000 nacimientos” (Alfaro & Campos, 2014, p.4).

En el Perú desde el Ministerio de Salud, se ha impulsado, a partir del año 2004, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, lo que incluye en su plan de trabajo como objetivo estratégico la Reducción de la

Mortalidad Materna para los próximos años y para eso ha planteado 4 grandes líneas de acción:

- a. Promover y optimizar la atención obstétrica, la atención calificada del parto, la atención prenatal reenfocada y la prestación de los cuidados obstétricos de emergencia.
- b. Ayudando a las personas a conseguir sus ideales de reproducción por medio de un amplio acceso a las medidas de planificación familiar.
- c. Humanizar la atención del aborto incompleto, encaminando un servicio ambulatorio y a bajo costo, oferta, consejería, y entrega de métodos anticonceptivos post-aborto, para prevenir un nuevo aborto.
- d. Mejorar la atención de la salud reproductiva en adolescentes, para disminuir los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y la frecuencia del aborto.

Según el Informe Técnico: Plan de reducción de la mortalidad materna y perinatal. 2014-2015 et al., en el 2013: Según ENDES 2012 la Razón de muerte materna en el país es 93 por 100,000 nacimientos vivos, estando muy cerca de cumplir el quinto objetivo del milenio dadas estrategias se han implementado para proteger la salud de la gestante y el recién nacido, siendo reconocidas a nivel internacional, ubicando al Perú como ejemplo entre los países de la región.

Según Catacora y Pastor (2012) nos manifiesta que “el contenido de la investigación se centra en la lucha contra la mortalidad materna, pues esta expresa las falencias en la que viven muchas mujeres gestantes, especialmente aquellas que se encuentran en condiciones de pobreza” (p.8). Así pues “es en este sentido que ubicamos al Seguro Integral de Salud (SIS) como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)” (Catacora & Pastor, 2012, p.8). Entonces “esta tiene como función administrar y ofrecer coberturas de riesgo a sus afiliados, y a su vez se encuentra enmarcada

en la política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS)” (Catacora & Pastor, 2012, p.8)

Con la investigación nos entenderemos mejor del porqué el SIS no cumple con proveer prestaciones de salud apropiadas y dirigidas de manera intercultural hacia las embarazadas beneficiarias. Y esperando conseguir al mismo tiempo un conocimiento que pueda ayudar a la Gerencia Social encaminado a la toma de decisiones y mejoras para dar solución a esta problemática. entonces Los resultados obtenidos a parte de los conocimientos ofrecen las propuestas que pueden tomarse en cuenta buscando mejorar el servicio de salud que se brinda en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota a través del SIS a sus gestantes beneficiarias, dirigiéndolas hacia el enfoque intercultural, consiguiendo la satisfacción de las usuarias.

La investigación está organizada en cuatro capítulos:

El I capítulo, hace referencia a la situación problemática donde se traza el problema de investigación, el cual alude a indagar el por qué el SIS como mecanismo de acceso a servicios de salud, no está cumpliendo con suministrar una atención adecuada al cuidado prenatal de la gestante que permita el acercamiento voluntario de las mismas al Hospital; del mismo modo se muestran los antecedentes que se han realizado sobre este tipo de investigaciones, tanto a nivel local, nacional e internacional. En este capítulo además queda determinado el objetivo de esta investigación.

Se abordó también en la segunda parte los elementos teóricos que se abarcan dentro del estudio, tratados por diferentes autores que relacionan la atención que recibe la gestante del seguro Integral de Salud y los cimientos del control Prenatal.

La orientación metodológica para esta investigación la podemos encontrar en el capítulo III, en este tratado no experimental, transaccional, y correlacional, los resultados obtenidos se interpretaron y procesaron empleando la estadística descriptiva.

En el capítulo IV apreciamos en detalle la discusión de los resultados analizando e interpretando cada cuadro presentado, respondiendo así a los objetivos trazados.

Por último, los capítulos V y VI se muestran las sugerencias y conclusiones a las que se llegaron, luego analizar e interpretar los resultados obtenidos, después de la aplicación de los instrumentos; las referencias bibliográficas de todos los libros y otros medios consultados; así como los anexos que servirán para aclarar y explicar el proceso de investigación.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Según Catacora y Pastor (2012) señala que “en la actualidad; el Gobierno peruano pone en práctica la política de Estado denominada Aseguramiento Universal en Salud (AUS), encargada de garantizar el pleno derecho de todo ciudadano a la seguridad social en el país” (p.10), así mismo “el AUS es aplicable a un conjunto de instituciones ligadas al proceso de aseguramiento universal en salud, entre ellas a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS)” (Catacora & Pastor, 2012, p.10), las cuales “son las encargadas de *ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados*. Una de ellas es el Seguro Integral de Salud (SIS), el cual tiene como objetivo sectorial cuidar de la salud de la población más necesitada (grupos vulnerables)” (Catacora & Pastor, 2012, p.10), es decir, “las personas que se encuentran “en situación de pobreza y extrema pobreza, promoviendo el acceso a una atención con equidad y calidad, dándole prioridad a aquellos que no cuentan con un seguro de salud” (Catacora & Pastor, 2012, p.10).

Para Catacora y Pastor (2012) nos señala que “dentro de este grupo se encuentran las mujeres gestantes de escasos recursos económicos, las cuales - según el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) - son beneficiarias directas por su situación de gestantes” (p.10). Además, “el mencionado Plan señala dentro de su denominada, Condición obstétrica de embarazo, parto y puerperio normal, que las IAFAS - en nuestro caso el SIS - tienen la obligación de cubrir financieramente las siguientes intervenciones: preventivas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento” (Catacora & Pastor, 2012, p.10). Es decir, “el SIS cubre la totalidad del tratamiento orientado a proteger la salud de las gestantes antes, durante y después del parto” (Catacora & Pastor, 2012, p.10).

Catacora y Pastor (2012) asegura que “lo mencionado anteriormente contribuye de alguna manera a reducir la problemática que representa la muerte materna en nuestro país, en el sentido de proteger la vida de la gestante en situación de pobreza y el niño por nacer” (p.11).

Según Catacora y Pastor (2012). El Ministerio de Salud (MINSA) en el 2011, nos señala que:

Es en este contexto; que el departamento de Cajamarca, a pesar de no estar considerado entre las zonas en situación de pobreza, y a pesar de contar con el canon minero, posee uno de los números más altos de mortalidad materna a nivel nacional (con un total de 24 muertes maternas durante el año 2011), junto con los departamentos de La Libertad y Puno (31 y 29 muertes maternas respectivamente). Muy por encima de departamentos más pobres como Huancavelica con 4 muertes maternas y Ayacucho con 10 muertes maternas. (p.11)

Según Noguera y Dueñas (2011) nos señala que “aunque la cobertura del control prenatal en Perú ha aumentado en los últimos años, es frecuente, sin embargo, aún hoy en día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo” (p.12), donde observamos, “un bajo promedio de controles prenatales por la paciente y el llenado incompleto de la historia clínica que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica de salud moderna” (Noguera & Dueñas, 2011, p.12).

Por otro lado, Castaño (2009) “la muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas” (p.22). Podemos ver “que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar del personal de salud” (Castaño, 2009, p.22).

Entonces, la historia indica que la clave para reducir la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible, pues ya que las muertes se asocian a deficiencias en el cuidado prenatal y en la calidad de la atención que recibe la gestante.

En toda la Región de Cajamarca y en particular en la Provincia de Chota, la gran mayoría de muertes maternas ocurre entre mujeres pobres, de áreas rurales y con menor educación y cultura prenatal. También por la discriminación por razones de género, económicas, territoriales, culturales y étnicas constituye una seria barrera al acceso a servicios de salud, y, por tanto, a la atención calificada.

Según la Dirección de Epidemiología de la DIRECCION SUBREGIONAL DE SALUD CAJAMARCA II CHOTA se observó que en el 2014 que 8 mujeres gestantes murieron al mes como promedio en el anteparto, intraparto o posparto; originando daños a la familia y a la sociedad.

Se ha observado en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota que en raros casos la opinión de las embarazadas se está tomando en cuenta en lo que se refiere al tipo de calidad de atención que se les ofrece en su asistencia al Control Prenatal, esto se debe por que los trabajadores de salud se acogen a políticas y las normas que da el gobierno, sin tomar en cuenta el lado humano de ellas.

Asimismo, en una entrevista con las gestantes ellas afirmaron que no tienen la confianza suficiente para preguntar sobre la evolución de su embarazo y que no se les informa como están sus bebés lo cual les produce ansiedad y temores.

Teniendo en cuenta la problemática anterior se plantea el siguiente problema;

1.2 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota - 2015?

1.3 Justificación

La presente investigación se justifica ante la gran necesidad por conocer la relación que existe entre la atención que recibe la gestante y el control prenatal del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota - 2015, al mismo tiempo permite conocer la realidad problemática en lo que se refiere a estas dos variables contribuyendo en la evaluación del servicio brindado en el área de salud así como en la calidad del servicio que brinda esta institución.

Esta investigación además es importante describe la situación actual de los factores problemáticos que la generan, dado que en la actualidad no hay investigaciones que aborden los reclamos de los pacientes como por ejemplo: la deficiente atención que recibe del S.I.S, la falta de un plan piloto de parto, el cual consiste en la programación previsión, y proyección que la pareja realiza junto a su familia con el trabajo de los encargados de salud en lo que se refiere a la atención del parto de la gestante. Por lo tanto, la información proporcionada en la investigación permitirá en un futuro la implementación de políticas de mejora, dado que se identificará de manera real las consecuencias positivas o negativas de la relación entre las variables ya descritas. Así mismo conocer la opinión de las madres embarazadas en lo que se refiere a la calidad de atención que reciben en los Centros de Salud es de gran importancia, porque son ellas con sus aportes, quienes contribuirán a que en el futuro reciban una atención de verdadera calidad y trato humano tanto para ellas, como para sus bebés y ayudando a descubrir en forma precoz las diversas complicaciones que se pueden presentar en un embarazo, dado que se ha establecido que la aplicación del cuidado prenatal de la gestante nos conlleva a la preservación de la salud materna así como la disminución de la morbimortalidad.

1.4 Limitaciones

El grado de instrucción de las personas del análisis fue una limitación ante el correcto desarrollo de los cuestionarios, superándose al explicar con paciencia y de forma detallada cada una de las preguntas planteadas.

1.5 Antecedentes

1.5.1 Internacionales.

Alfaro y Campos (2014) En su investigación “Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, durante el año 2012. Revista de Enfermería Actual en Costa Rica” (p.1), consideró una limitante “Este artículo presentó los principales resultados de una investigación cuantitativa, con un diseño no experimental de tipo descriptivo transversal, la cual tuvo por objetivo analizar el control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia” (Alfaro & Campos, 2014, p.2). Así mismo, “las que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2012. La población estuvo constituida por las gestantes que tuvieron su parto en dicho hospital entre los meses de diciembre 2011 a noviembre 2012” (Alfaro & Campos, 2014, p.2), y “por los profesionales en medicina y enfermería que laboran para las Áreas de Salud de Heredia y el Hospital San Vicente de Paúl, que brindan control prenatal” (Alfaro & Campos, 2014, p.1). Para “la recolección de la información se utilizaron tres instrumentos que consideraron la infraestructura, el equipamiento y el procedimiento para llevar a cabo el control prenatal, además, el nivel de satisfacción de las gestantes y profesionales de la salud” (Alfaro & Campos, 2014, p.2). Por medio de “la investigación determinó que la infraestructura para brindar las consultas de control prenatal de las Áreas de Salud de la provincia de Heredia está en buen estado” (Alfaro & Campos, 2014, p.2). Sin embargo, “requiere mantenimiento y una adecuación para que sean accesibles a toda la población” (Alfaro & Campos, 2014, p.2). Además, “la Caja Costarricense

de Seguro Social tiene una baja cobertura de atención prenatal con cumplimiento de criterios de calidad” (Alfaro & Campos, 2014, p.2). Por otra parte “el reporte de la información obtenida durante las consultas de control prenatal en el Carnet Perinatal, es incompleta y errónea. Finalmente hay escasa o casi nula participación de los y las profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal” (Alfaro & Campos, 2014, p.2). Es por ello que, “en el proceso del control prenatal, a pesar de que la legislación nacional y estudios reconocen que estos y estas profesionales cuentan con las competencias necesarias para brindar un adecuado control” (Alfaro & Campos, 2014, p.2).

Cuello y Zabaleta (2013) según su estudio, “Evaluación del programa de control prenatal en la empresa social del estado hospital local de Mahates durante el segundo semestre del año 2012” (p.1). El objetivo fue “evaluar la calidad del programa de control prenatal en la E.S.E hospital Local de Mahates en el II semestre del año 2012” (Cuello & Zabaleta, 2013, p.11). Así “para contribuir a mejorar las acciones que permitan asegurar las acciones de prevención y promoción de la salud durante el embarazo; el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz adecuado de las enfermedades del binomio madre - hijo. Población” (Cuello & Zabaleta, 2013, p.11).

Por tanto, Cuello y Zabaleta (2013) señala que “fue obtenida de gestantes vinculadas al programa de control prenatal, captadas por la ESE Hospital local de Mahates durante el segundo semestre del año 2012, siendo un total de 60 pacientes” (p.50). Donde “al realizar el análisis de los hallazgos obtenidos mediante las matrices de evaluación, detección, calidad, de las complicaciones e indicadores de gestión del programa de control prenatal de la ESE Hospital Local de Mahates encontramos los siguientes resultados” (Cuello & Zabaleta, 2013, p.60)

Cuello & Zabaleta (2013) señala lo siguientes resultados:

- “No existe una programación de las actividades para la vigencia de cada contrato” (p.60).
- “No se realiza curso de Psicoprofilaxis, solo capacitaciones a la gestante y su núcleo familiar a través de las auxiliares de demanda inducida de las diferentes E.P.S, con las cuales existe convenio” (p.60).
- “Ausencia de socialización del manual de referencia y contrarreferencia, el procedo de atención a las usuarias susceptibles de derivación por el desconocimiento de los lugares a los cuales deben ser remitidas las gestantes con cuadros de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica” (p.60).
- “Cabe resaltar que la gran mayoría de los estándares contenidos en esta matriz muestra el cumplimiento de estos. En alas actividades de demanda inducida aplicadas al grupo de estudio donde se encontraron los siguientes hallazgos negativo” (p.60).

Para Cuello y Zabaleta (2013) señala que en las actiivades de demanda inducida aplicadas al grupo, teniendo en cuenta los hallazgos negativos:

1. “Ausencia de registro de suministro de elementos informativos a la gestante” (p.60).
2. “Ausencia de funcionario al interior de la institución encargado de realizar llamadas telefónicas para seguimiento a la asistencia al control prenatal por parte de las gestantes” (p.60).

Noguera y Dueñas (2011) en su investigación, “fue de tipo descriptivo que tuvo como principal objetivo Realizar auditoria al proceso de atención prenatal en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán” (p.10). Y “con el fin de caracterizar la atención clínica e identificar los principales nudos críticos de la Atención Prenatal del centro de salud suroccidente que hace parte de la ESE del Municipio de Popayán” (Noguera & Dueñas, 2011, p.10). Podemos ver “el resultado de la auditoria al proceso actual del Centro de Salud Suroccidente ESE Popayán 2011, están basados en el grado de aplicación a la norma técnica de las alteraciones del embarazo contenida en la resolución 412 del 2000” (Noguera & Dueñas, 2011, p.10). Entonces “con la información obtenida a partir de las historias clínicas y el formato de evaluación con los ítems que servirán de insumo para el análisis. También se realizará una evaluación de la infraestructura y dotación de consultorios” (Noguera & Dueñas, 2011, p.10), además, “comparando la información recolectada con el formato de evaluación contenido en la resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la habilitación de los servicios de salud” (Noguera & Dueñas, 2011, p.10).

Pérez (2013). En su investigación “Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011” (p.1). Planteó que, “el control prenatal (CPN) es una estrategia para ofrecer una atención adecuada a la embarazada y disminuir la morbimortalidad de mujeres y niños” (Pérez, 2013, p.6).

Pérez (2013) plantea los siguientes: “objetivos y atributos fueron claramente planteados, pero poco es lo que se sabe de cómo éstos se materializan en acciones concretas” (p.6). Así pues “en el escenario local de la atención en salud, a veces en contextos de desigualdad social, en donde no todas las gestantes acceden al CPN, ni asisten propuestas” (Pérez, 2013, p.6). Entonces “este trabajo evalúa la utilización del CPN en la población gestante usuaria del Sistema Público de Salud de Villa

Gobernador Gálvez en el período 2008-2011” (Pérez, 2013, p.6). Podemos ver que “se tomó como población el total de registros del Sistema Informático Perinatal de partos de embarazadas de Villa Gobernador Gálvez que utilizaron su sistema público y tuvieron el parto en sus maternidades de referencia (N=2366)” (Pérez, 2013, p.6). Entonces “se trata de un estudio descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo” (Pérez, 2013, p.6).

Pérez (2013) señala que “los resultados del análisis mostraron que las usuarias son jóvenes, en unión estable, con estudios básicos y no más de 3 hijos” (p.6). Entonces “la cobertura es extensa (93%), llegan al parto con 5 o más controles un 66%, el primer control es tardío (sólo un 25% consulta en el primer trimestre” (Pérez, 2013, p.6). Observamos que la “valoración clínica del CPN no es completa, los exámenes complementarios son realizados en un 78.7%, las actividades de profilaxis se realizan en la mayoría, no así las actividades educativas” (Pérez, 2013, p.6). Entonces podemos ver que continúa siendo más elevada que en la provincia y el país su índice de morbimortalidad perinatal. El resultado de este trabajo muestra los diferentes modelos de utilización no se entenderán si no se considera el papel principal de las diferencias sociales en esta región.

1.5.2 Nacionales.

Avalos (2013) En su investigación “Nivel de satisfacción de la atención prenatal y su relación con la condición de aseguramiento de las gestantes. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2012” (p.1),

Avalos (2013) señaló que uno de los objetivos es:

Determinar la relación que existe entre el nivel de satisfacción de la atención prenatal y la condición de aseguramiento de las gestantes que recibieron su atención prenatal en el Hospital

Regional Docente de Trujillo durante los meses de Marzo a Junio del 2012. (p.1)

Este trabajo de investigación no experimental de corte transversal, correlacional, causal, descriptiva y prospectiva, entrevistó a 64 gestantes. Realizándose para reunir datos empleo el método de la encuesta, el instrumento utilizado fue un cuestionario, que buscaba conocer “el nivel de satisfacción del servicio en la atención prenatal, y la situación de aseguramiento, tomando como base la guía de estándares e indicadores de calidad del Ministerio de Salud” (Avalos, 2013, p.1).

Según Avalos (2013) “concluyó que no existe relación significativa ($p=0,481>0,05$) entre el nivel de satisfacción de la atención prenatal y la condición de aseguramiento de las gestantes” (p.1). Sin embargo “sí existe relación significativa en cuanto al tiempo de espera ($p=0,044<0,05$) y el trato ($p=0,042<0,05$)”. (Avalos, 2013, p.1). Además, “se concluyó que aquellas gestantes que cuentan con SIS no se encuentran satisfechas en un 85,7% con la atención recibida mientras las que no cuentan con SIS están medianamente satisfechas 37,5%” (Avalos, 2013, p.1).

Blossiers (2010). En su investigación, “Interacción entre el personal de salud y las jóvenes Embarazadas durante el control prenatal: Un estudio cualitativo” (p.1), el objetivo fue “explorar la interacción entre el personal de salud y las adolescentes gestantes, a partir de los significados de la sexualidad, el embarazo y el control prenatal en un Hospital Nacional de Lima” (Blossiers, 2010, p.337). Donde “se realizó un estudio cualitativo que incluyó observaciones de la interacción durante la consulta, entrevistas a profundidad a gestantes adolescentes (14) y personal de salud (9) y un grupo focal de gestantes” (Blossiers, 2010, p.337). En este resultado “existen percepciones y valoraciones socioculturales que no favorecen la comunicación entre ambos. El personal de salud argumenta que tener experiencias sexuales precoces significa que las jóvenes asumen el papel de adultas” (Blossiers, 2010, p.337). Así como “consideran que las jóvenes no estaban preparadas biopsicológica y

socialmente para ser madres. En esta concepción, el cuerpo de las jóvenes es concebido como un medio de control, intervención y poder ante la presencia del ginecoobstetra” (Blossiers, 2010, p.337). Sin embargo, “para las jóvenes embarazadas valorar su cuerpo como futura madre. Los significados del CPN para el personal de salud, se orientan hacia los aspectos biomédicos desde el enfoque de riesgo; enfatizando en el contagio de enfermedades de transmisión sexual” (Blossiers, 2010, p.337). Sin embargo “para las adolescentes, es importante el trato personal de salud, que es diferenciado, las mujeres ofrecen un trato acogedor y cálido, sin descuidar aspectos cognitivos y científicos; mientras que los varones, tienen interacción más operativa y cognitiva” (Blossiers, 2010, p.337).

Las conclusiones obtenidas señalan que la interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el sexo del personal de salud y tiene significados diferentes para las gestantes, por lo que debe tenerse en cuenta esta información para mejorar la atención en el control prenatal de las adolescentes. (Blossiers, 2010, p.337)

1.5.3 Locales

Catacora y Pastor (2012) en su investigación “estudio del servicio de salud materna en el Hospital General del Distrito de Jaén, brindado a través del Seguro Integral de Salud” (p.1).

Según Catacora y Pastor (2012) señala que, desde el análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012, el objetivo de la presente investigación:

Se concentró en analizar el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén el cual es brindado a través del Seguro Integral de Salud (SIS), haciendo uso de un enfoque intercultural con la finalidad de proponer mejoras que permitan que las

gestantes beneficiarias acudan a dicho establecimiento de salud. El SIS tuvo como finalidad proteger a aquella población vulnerable y en estado de pobreza que no cuenta con un seguro de salud. (p.2)

Catacora y Pastor (2012) manifiesta que así mismo “la investigación facilitó un mejor entendimiento del porqué el SIS no está cumpliendo con suministrar prestaciones de salud adecuadas y con enfoque intercultural hacia las gestantes beneficiarias” (p.14). A su vez “se espera conseguir un conocimiento útil para la Gerencia Social orientado a la toma de decisiones y mejoras para nuestra problemática identificada”. (Catacora & Pastor, 2012, p.15).

Los resultados no solo suministran conocimientos a la vez las propuestas que pueden llevarse a la práctica para optimizar “el servicio de salud que el Hospital General de Jaén a través del SIS brinda a sus gestantes beneficiarias” (Catacora & Pastor, 2012, p.15), dirigiéndolas hacia la visión intercultural, que logre satisfacer a las usuarias.

Siguiendo Catacora y Pastor (2012) nos indica que “los resultados muestran que el Hospital General de Jaén no está implementado para ofrecer un parto con enfoque intercultural, no existe una infraestructura, mobiliario, materiales y equipos adecuados, como exige la Norma técnica del parto vertical con adecuación intercultural” (p.2) Asimismo, se halló que “el personal de salud generalmente no se encuentra capacitado para la atención del parto con enfoque intercultural, esto se corroboró con lo manifestado por las gestantes quienes esperan un trato considerado y que respete sus costumbres como su intimidad”. (Catacora & Pastor, 2012, p.2). Asimismo, “se descubrió que la información que manejan las gestantes sobre sus derechos como beneficiarias del SIS es errónea y esta comienza desde el momento de su afiliación, generando desencuentros entre el personal de salud, las gestantes y sus familias” (Catacora & Pastor, 2012, p.2). Por otro lado, “si bien el personal de salud considera pertinente que las gestantes sean un grupo poblacional

beneficiario del SIS, la mayoría de ellos no reconoce la salud como un derecho de las gestantes” (Catacora & Pastor, 2012, p.2). Es así que “lo hallado en la investigación se orienta a la no aplicación del enfoque intercultural en el proceso de atención del parto” (Catacora & Pastor, 2012, p.2). Lo anterior ya mencionado, “tiene como resultado la insatisfacción de las gestantes respecto a la atención recibida, dando lugar a la creación de propuestas que permitan recuperar la credibilidad hacia los beneficios que otorga el SIS a las gestantes” (Catacora & Pastor, 2012, p.2).

Díaz en el 2012 en su Informe Técnico titulado Propuesta de intervención para mejorar la producción de atenciones del Seguro Integral de Salud en la Dirección Subregional de Salud Chota, abordó como problema central la baja producción de atenciones del Seguro Integral de Salud (SIS) a nivel de la Dirección Subregional, indicando que esto tiene como causas a los siguientes factores: llenado de formatos de atención en forma equivocada, falta motivación en los trabajadores de salud y a su vez se siente poco comprometido, cuyos efectos son: Baja producción presupuestal, prestaciones de salud no ejecutadas y bajas coberturas de atención a la población afiliada. Por lo expuesto, el Informe Técnico planteó alternativas de solución que permitan tener mejor capacitado al personal de salud, uso adecuado de presupuesto para tener equidad en sueldos entre personal nombrado y contratado, que la producción en número de atenciones con calidad se incremente en un 10% en el año 2013, resaltando entre las prestaciones una priorización de mayor número de atenciones preventivas – promocionales, que en la evaluación de trabajadores de salud, la mayor parte vea reflejado su trabajo y a la vez recompensado con una satisfacción personal y de la población.

1.6 Objetivos

1.6.1 General.

Establecer la relación significativa del cuidado prenatal de la gestante con la atención recibida del seguro integral de salud en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota – 2015.

1.6.2 Específicos.

- Conocer el estado actual de la gestante en el cuidado prenatal del Seguro Integral de Salud en el Hospital José soto cadenillas, mediante una lista de cotejo.
- Describir la calidad de atención que brinda el Seguro Integral de Salud a las gestantes en el Hospital José soto cadenillas, a través de una encuesta.
- Evaluar la relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante en el Hospital José Soto Cadenillas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Base teórica

2.1.1 Teoría de la reproducción humana.

Los ovarios son dos órganos sexuales propios de una hembra de mamífero, y la mujer es una de ellos “En estos órganos sexuales surgen células, llamadas ovocitos, que son capaces en algunos casos de originar un nuevo ser vivo de la misma categoría que la hembra humana. Al proceso de generación de ovocitos lo llamamos ovogénesis” (García, 2004, párr.35).

Según García (2004) señala que “a partir de unas células denominadas ovogonias, se producen otras llamadas ovocitos de primer orden que llegan a sumar un total de 6 a 7 millones. En el momento del nacimiento de la hembra” (párr.36). Así tenemos que “en el parto, los ovocitos de primer orden han quedado reducidos, no sabemos según qué criterio, a unos 300.000, produciéndose la muerte del resto. Nunca más durante toda la vida de la hembra se generará un solo ovocito nuevo” (García, 2004, párr.36). Entonces “durante una serie de años hasta que se alcanza la pubertad el proceso queda interrumpido” (García, 2004, párr.36). Es así que desde “la pubertad, alguno de los ovocitos de primer orden se transforma en lo que hemos denominado ovocito de segundo orden, apareciendo en cada ovulación en número de uno (normalmente), dirigiéndose hacia el útero, atravesando previamente las trompas de Falopio” (García, 2004, párr.36). Entonces “Son estos ovocitos los que en algún caso pueden iniciar el desarrollo embrionario que conducirá al nacimiento mediante el parto. Al final del periodo fértil de la mujer” (García, 2004, párr.36). En consecuencia “de los 6-7 millones de ovocitos de primer orden originales sólo llegarán a ovocitos de segundo orden unos 300, de los cuales unos pocos se transformarán tras la fecundación en óvulos y podrán dar origen a nuevos individuos” (García, 2004, párr.36).

Para García (2004) nos indica que, “el proceso está regido internamente por hormonas que producen no sólo la ovulación” (párr.37), sino que, “cuando el ovocito no es viable causan una eliminación tanto de éste como de las estructuras que le rodean y que surgieron para permitir la viabilidad del siguiente paso en el desarrollo del individuo: el embrionario” (García, 2004, párr.36). Es importante resaltar que, en “este proceso llamado menstruación es cíclico, se rige por meses lunares y solamente se interrumpe caso de pasar al desarrollo embrionario tras la fecundación” (García, 2004, párr.37).

Según García (2004) señala que “de esta manera si se produce fecundación nacerá un nuevo individuo y posteriormente al alumbramiento se producirá una eliminación de aquellas estructuras generadas para posibilitar toda la fase que comenzó con la ovulación y concluye con el nacimiento” (párr.38). Finalmente “la placenta se elimina, el útero debe volver al estado que tenía cuando no albergaba ningún óvulo, los tejidos y órganos deben recobrar sus antiguas posiciones” (García, 2004, párr.38). Además, “tras la reproducción hay una reconstrucción del estado inicial del sistema, previa eliminación y reestructuración de las partes” (García, 2004, párr.38).

2.1.2 Cuidado prenatal.

Según Anónimo (2015a) señala que “el cuidado prenatal es más que solamente los cuidados de la salud durante el embarazo. Este incluye las consultas con su proveedor de atención de salud y las pruebas prenatales” (párr.1). Entonces “el cuidado prenatal puede ayudar a su bebé y a usted a mantenerse sanos” (Anónimo, 2015a, párr.1). También “permite al doctor prevenir y descubrir posibles problemas de salud antes, cuando el tratamiento es más efectivo. El tratamiento temprano puede curar muchos problemas y prevenir otros” (Anónimo, 2015a, párr.1).

Según Anónimo (2009) señala que “todas las mujeres necesitan cuidados prenatales, ya sean jóvenes o mayores, madres primerizas o

madres que ya van por su quinto bebé, los cuidados prenatales regulares durante el embarazo son un beneficio para todas las futuras mamás” (párr.3). Entonces “las mujeres que reciben cuidados regularmente durante el embarazo tienen bebés más sanos, tienen menos probabilidades de tener un parto prematuro y tienen menos probabilidades de tener otros problemas serios relacionados al embarazo” (Anónimo, 2009, párr.3).

Anónimo (2015a), “refiere que es necesario planificar el embarazo visitando al médico antes de quedar embarazada. Esta consulta previa permite comprobar el estado de salud de la mujer, y solucionar las dudas de la pareja” (párr.1). Por lo tanto “es el momento ideal también para sanar las dudas sobre los posibles problemas crónicos de salud, como la diabetes y la hipertensión, que sufra la mujer” (Anónimo, 2015a, párr.1). Por razón “este primer contacto es aconsejable para reducir los riesgos relacionados a estas condiciones y crear un ambiente propicio para un embarazo saludable” (Anónimo, 2015a, párr.1).

2.1.3 El control prenatal.

Según Noguera & Dueñas (2011) refiere que “el control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos” (p.19). Así “la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica” (Noguera & Dueñas, 2011, p.19).

Lo que ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal conjuntamente con el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico. (Noguera & Dueñas, 2011, p.19)

Por su parte, Castaño (2009) nos indica que “es una estrategia que permite durante la gestación la detección de factores de riesgo, algunos de los cuales, podrán ser modificados para obtener un binomio madre - hijo sanos” (p.37). Por eso que “su adecuada aplicación, permitirá mantener unas tasas de morbimortalidad materna y perinatal en niveles aceptables, siendo estas, indicadores de calidad de la atención en salud que diferencian significativamente a países desarrollados de los países en vías de desarrollo” (Castaño, 2009, p.37).

“Un control prenatal debe tener tres aspectos fundamentales, el primero es que debe ser Precoz, es decir, la primera visita debe realizarse temprano”; (Castaño, 2009, p.). En lo posible “durante el primer trimestre de gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control”, (Castaño, 2009, p.). Además “torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica”. (Castaño, 2009, p.). Entonces “El segundo aspecto es que debe ser Periódico, es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo”. (Castaño, 2009, p.). Observamos “en tercer lugar, el control prenatal debe ser Completo, es decir, que los contenidos mínimos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud”, (Castaño, 2009, p.).

Nuestra atención incluiría exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psicoprofiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia. (Manares, 2005, p.7)

Munares (2005) define “al control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, acompañamiento prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o atención prenatal)” (p.6), como el “conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño” (Manares, 2005, p.6). Así “el control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva” (Manares, 2005, p.6). Además “puede ser utilizado en la disminución de la morbilidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación” (Manares, 2005, p.6). Así como “previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocólisis, etc.)” (Manares, 2005, p.6), y por ultimo “también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido” (Manares, 2005, p.6).

El nivel de conocimiento que posean las gestantes es esencial para el cuidado del binomio materno – fetal. Sin embargo, todavía existe a nivel nacional, regional y local el desconocimiento por parte de la mujer gestante, además de los factores socioculturales, los cuales hacen que la mujer tome una determinada actitud frente al control prenatal, muchas veces equivocadas, conllevándola a complicaciones y en ocasiones generándoles la muerte.

2.1.4 Detección del embarazo.

Anónimo (2005a) “si una mujer que, por lo general, tiene menstruaciones regulares sufre un retraso de una semana o más, puede estar embarazada. En los primeros meses del embarazo, la mujer puede experimentar edema de mamas, náuseas y vómitos ocasionales” (párr.5).

Así pues, “el edema de mamas se debe a los valores elevados de hormonas femeninas (sobre todo, de estrógenos, pero también de progesterona)” (Anónimo, 2005a, párr.5). También, “las náuseas y los vómitos pueden estar causados por los estrógenos y la gonadotropina coriónica humana (HCG)” (Anónimo, 2005a, párr.5). Entonces “estas dos hormonas, que actúan durante el embarazo, son generadas por la placenta a partir de unos 10 días después de la fecundación. Al comienzo del embarazo, muchas mujeres se sienten cansadas y algunas experimentan hinchazón abdominal” (Anónimo, 2005a, párr.5).

Anónimo (2005a) señala que “el útero aumenta de tamaño durante el embarazo. A las 10 semanas, supera la pelvis y llega al abdomen y, por lo general, se puede palpar en la parte inferior del abdomen” (párr.8). Así pues, a “medida que crece, alcanza la altura del ombligo a las 20 semanas y el extremo inferior de la caja torácica hacia las 36 semanas” (Anónimo, 2005a, párr.8).

Otras formas de detectar un embarazo son las siguientes:

- “La auscultación de la frecuencia cardiaca del feto con un fonendoscopio especial (corneta de Pinnar) o mediante una ecografía Doppler” (Anónimo, 2005a, párr.9). Además, “la frecuencia cardiaca puede detectarse ya entre las 18 y las 20 semanas de embarazo con este fonendoscopio y, entre las 10 incluso 8 semanas, con un aparato Doppler” (Anónimo, 2005a, párr.9).
- “La percepción de movimientos del feto. La madre siempre siente los movimientos antes de que lo haga el médico, en general entre las semanas 16 y 20 del embarazo” (Anónimo, 2005a, párr.5). Así tenemos que, “las mujeres que ya han estado embarazadas con anterioridad habitualmente perciben los movimientos antes que las mujeres primíparas” (Anónimo, 2005a, párr.10).

- “La constatación del crecimiento uterino con una ecografía. El mayor volumen del útero se aprecia aproximadamente en la sexta semana” (Anónimo, 2005a, párr.11). También, “el latido del corazón puede verse a las 6 semanas y se percibe claramente a las 8 semanas en más del 95 por ciento de los embarazos” (Anónimo, 2005a, párr.11).

2.1.5 Cambios fisiológicos durante el embarazo.

Según Anónimo (2005a), refieren: Aunque la mayoría desaparecen después del parto son muchos cambios que provoca el embarazo en todo el cuerpo.

2.1.5.1 Corazón y circulación.

Anónimo (2005a) señala que “durante el embarazo, la cantidad de sangre bombeada por el corazón cada minuto (gasto cardíaco o volumen minuto) se incrementa del 30 al 50 por ciento” (párr.12.). También “este aumento se inicia aproximadamente en la sexta semana y llega a su punto máximo entre las semanas 16 y 28, por lo general, la semana 24” (Anónimo, 2005a, párr.12). A medida, “que aumenta el bombeo del corazón, la frecuencia cardiaca en reposo se acelera desde las 70 pulsaciones por minuto normales a las 80 o 90 pulsaciones por minuto” (Anónimo, 2005a, párr.12).

Anónimo (2005a) “después de 30 semanas, puede disminuir ligeramente debido a que el crecimiento del útero presiona las venas que retornan la sangre desde las piernas hasta el corazón” (párr.13).

Sin embargo, Anónimo (2005a) nos dice que, “durante el parto, el bombeo del corazón aumenta un 30 por ciento más y, tras

el parto, disminuye con rapidez al principio” (párr.14), además, “hasta llegar de un 15 a un 25 por ciento por encima del nivel anterior a la gestación y luego más lentamente hasta que vuelve al nivel normal previo al embarazo (unas 6 semanas después del parto)” (Anónimo, 2005a, párr.14). Teniendo en cuenta que “la elevación del bombeo del corazón durante el embarazo probablemente se debe a los cambios que se producen en el suministro de sangre al útero” (Anónimo, 2005a, párr.13). Y, “a medida que el feto crece, más sangre llega al útero de la madre. Al final del embarazo, el útero recibe una quinta parte de todo el volumen sanguíneo de la madre” (Anónimo, 2005a, párr.14).

Anónimo (2005a) nos dice que “el volumen de sangre crece 50% durante el embarazo, pero el número de glóbulos rojos, que son las células encargadas de transportar el oxígeno a todo el organismo, sólo aumenta entre un 25 y un 30 por ciento” (párr.15). Y, “por motivos desconocidos, el número de glóbulos blancos, que son las células que combaten las infecciones, aumenta ligeramente durante el embarazo y, de forma notoria, durante el parto y los días inmediatos posteriores al mismo” (Anónimo, 2005a, párr.15).

2.1.5.2 Riñones.

Anónimo (2005a) nos habla que “al igual que la del corazón, la actividad de los riñones aumenta en gran medida durante todo el embarazo” (párr.16). Además “los riñones tienen que filtrar un volumen de sangre cada vez mayor (entre un 30 y un 50 por ciento más)” (Anónimo, 2005a, párr.5). Así, “hasta alcanzar un máximo entre las semanas 16 y 24 que se mantiene hasta antes del parto, momento en que la presión ejercida por el útero agrandado puede disminuir ligeramente la llegada de sangre a los riñones” (Anónimo, 2005a, párr.16).

Para Anónimo (2005a) “la actividad renal normalmente aumenta cuando una persona está en posición horizontal y reduciéndose estando de pie. Esta diferencia se acentúa durante el embarazo (ello justifica, en parte, que una embarazada sienta la necesidad de orinar cuando intenta dormir)” (párr.17). Finalmente “en el último trimestre del embarazo, el incremento de la actividad renal es aún mayor cuando se acuesta de lado” (Anónimo, 2005a, párr.5). Entonces estando de lado la mujer embarazada, “la presión que ejerce el útero sobre las venas que irrigan la sangre de las piernas disminuye y, por tanto, aumenta el flujo de la sangre y se incrementa la actividad de los riñones y el bombeo del corazón” (Anónimo, 2005a, párr.17).

2.1.5.3 Pulmones.

Anónimo (2005a) señala que “durante el embarazo, el espacio que ocupa progresivamente el útero y la mayor producción hormonal de progesterona provoca cambios en el funcionamiento de los pulmones” (párr.18). Así pues “una mujer embarazada respira más rápida y profundamente porque necesita más oxígeno para ella y para el feto” (Anónimo, 2005a, párr.18). Además, “el diámetro torácico de la mujer gestante aumenta ligeramente. El revestimiento interno del aparato respiratorio recibe más sangre y se produce cierto grado de congestión” (Anónimo, 2005a, párr.18). Tenemos que “en algunas ocasiones, la nariz y la garganta se obstruyen de forma parcial debido a esta congestión y, por ello, la mujer embarazada nota en ciertos momentos la nariz tapada y bloqueada” (Anónimo, 2005a, párr.18). Además, “el tono y la calidad de la voz pueden cambiar de modo sutil. Prácticamente todas las mujeres embarazadas tienen sensación de ahogo cuando realizan algún esfuerzo, en especial hacia el final del embarazo” (Anónimo, 2005a, párr.18).

2.1.5.4 Sistema digestivo.

Anónimo (2005a) señala que “a medida que avanza el embarazo, la presión que ejerce el útero sobre el recto y la parte inferior del intestino puede causar estreñimiento” (párr.19). Además, “tal estreñimiento puede agravarse porque las contracciones musculares involuntarias que se producen en el intestino para desplazar los alimentos se vuelven más lentas debido a los altos valores de progesterona presentes durante el embarazo” (Anónimo, 2005a, párr.19).

Con frecuencia aparecen acidez y eructos, posiblemente debido a que los alimentos permanecen en el estómago más tiempo y porque el esfínter gastro esofágico (un músculo con forma de anillo que se encuentra en el extremo inferior del esófago) tiende a relajarse, permitiendo el reflujo del contenido del estómago hacia el esófago. (Anónimo, 2005a, párr.20)

2.1.5.5. Piel.

Según Anónimo (2005a) nos dice que “la máscara del embarazo (cloasma) consiste en una serie de manchas pigmentadas, de color marrón, que pueden aparecer sobre la piel de la frente y de las mejillas” (párr.21). También “La pigmentación también puede aumentar en la piel que rodea los pezones (areola secundaria, se prominencia los tubérculos de Morgagni)” (Anónimo, 2005a, párr.21).

A menudo aparece una línea blanca o línea negra en la mitad de abdomen, denominada dedvectosa de Haller. “Así mismo, en la piel, por encima de la cintura pueden aparecer pequeños vasos sanguíneos en forma de araña (estrellas de embarazo), así

como unos capilares dilatados de pared delgada, sobre todo en la parte inferior de las piernas” (Anónimo, 2005a, párr.22).

2.1.5.6. Hormonas.

Anónimo (2005a) nos indica que “el embarazo modifica la función de prácticamente todas las glándulas del organismo. La placenta produce varias hormonas necesarias para el mantenimiento del embarazo” (párr.23). Observamos que “la principal hormona que produce la placenta, la gonadotropina coriónica humana, evita que los ovarios liberen óvulos y los estimula a producir continuamente valores altos de estrógenos y progesterona, que son necesarios para que la gestación siga su curso” (Anónimo, 2005a, párr.23).

Para Anónimo (2005a) “la placenta también produce una hormona que estimula la actividad de la glándula tiroides. Una glándula tiroides más activa a menudo acelera la frecuencia cardiaca y provoca palpitaciones, sudoración excesiva e inestabilidad emocional, y también puede aumentar de tamaño” (párr.24). Sin embargo, “una verdadera hiperfunción tiroidea como la que sucede en el trastorno denominado hipertiroidismo se constata en menos del uno por ciento de los embarazos” (Anónimo, 2005a, párr.24).

2.1.6 Embarazo de alto riesgo.

Según López (2008) refieren que “un embarazo de alto riesgo es aquel en el que el riesgo de enfermedad o muerte antes o después del parto es mayor de lo habitual, tanto para la madre como para el bebé” (p.17). Entonces, para identificar, “un embarazo de alto riesgo, se evalúa a la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o

características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo (factores de riesgo)” (López, 2008, p.17).

Anónimo (2005c) señala que “a los factores de riesgo se les asigna una puntuación que se corresponde con el grado de riesgo. El hecho de identificar un embarazo de alto riesgo asegura que la mujer que más necesita atención médica efectivamente la reciba” (párr.2). Por lo tanto, “algunos factores de riesgo están presentes antes de que la mujer quede embarazada, mientras que otros se desarrollan durante el embarazo”. (Pérez, 2002, párr.5.).

2.1.6.1 Factores de riesgo previos al embarazo.

Según López (2008) “antes de que se produzca la concepción, es posible que la madre tenga características o condiciones que incrementen el riesgo durante el embarazo” (p.17). Además, “cuando se ha tenido un problema en un embarazo, el riesgo de tener el mismo problema en embarazos subsiguientes es mayor” (López, 2008, p.17).

2.1.6.2 Características de la madre

Para López (2008) “la edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las adolescentes de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar preeclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada” (p.17), teniendo en cuenta que las “proteínas en la orina y edema durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la preeclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos” (López, 2008, p.17).

Según López (2008) “en cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar hipertensión, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto” (p.18). Además, “el riesgo de tener un recién nacido con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años” (López, 2008, p.18). Entonces, “si una mujer embarazada de este grupo de edad está preocupada que posiblemente su feto desarrolle anomalías, puede someterse a un análisis de las vellosidades coriónicas o a una amniocentesis para determinar el contenido cromosómico del feto” (López, 2008, p.18).

2.1.6.3 Factores de riesgo durante el embarazo.

Una mujer embarazada sin riesgos especiales puede sufrir un cambio que aumente el riesgo, por ejemplo, la exposición a teratógenos (agentes que pueden producir defectos congénitos) como la radiación, productos químicos, fármacos e infecciones, o bien puede desarrollar una complicación médica o en relación al embarazo. (López, 2008, p.21).

2.1.7 Complicaciones del embarazo.

En general, Anónimo (2005b) señala que, “los embarazos se desarrollan sin problemas y la mayoría de las complicaciones pueden ser tratadas. Las complicaciones incluyen abortos, embarazo ectópico, anemia, incompatibilidad de Rh”, (párr.1). Además, “problemas con la placenta, vómitos, preeclampsia y eclampsia y erupciones cutáneas, así como parto pre término y rotura de membranas. Después de un aborto, la mayoría de las mujeres consigue tener embarazos sin complicaciones” (Anónimo, 2005b, párr,1).

2.1.7.1 Aborto y feto muerto.

Un aborto (espontáneo) es la pérdida de un feto por causas naturales antes de las 20 semanas de embarazo o de 500 gr. En cambio, se denomina feto muerto a la pérdida del mismo por causas naturales después de las 20 semanas de embarazo. (Anónimo, 2005b, párr,2)

Según Anónimo (2005b) “el término aborto hace referencia tanto a un aborto espontáneo como a una interrupción médica del embarazo (aborto provocado)” (párr.3). Entonces “un recién nacido que respira espontáneamente o que presenta latidos cardíacos después del parto es un recién nacido vivo, sea cual sea el momento del embarazo” (Anónimo, 2005b, párr,4). Pero, “si fallece poco después, su muerte recibe el nombre de muerte del recién nacido (neonatal)” (Anónimo, 2005b, párr,5).

2.1.7.2 Embarazo ectópico.

Anónimo (2005b), señala que “un embarazo ectópico es aquel en que el feto se desarrolla fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal” (párr.14). Normalmente, “el ovario libera un óvulo que es absorbido hacia la apertura de una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que varios días después llega al útero” (Anónimo, 2005b, párr,15). Así pues, “normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero” (Anónimo, 2005b, párr,15). Sin embargo, “si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa), el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico” (Anónimo, 2005b, párr,17).

Por lo general, según Anónimo (2005b), “los embarazos ectópicos se desarrollan en una de las trompas de Falopio (embarazo tubárico). Son raros los embarazos en el canal cervical, en el ovario o en la cavidad abdominal o pélvica” (párr.17). Así “un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida y debe ser extirpado lo antes posible. Según algunas estadísticas, 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones” (Anónimo, 2005b, párr,17).

2.1.7.3 Anemias.

Según Anónimo (2005b) “Las anemias son trastornos en los que el número de glóbulos rojos (eritrocitos) o la cantidad de hemoglobina (la proteína que transporta oxígeno) que éstos contienen se encuentra por debajo de los valores normales” (párr.24). Sin embargo, “el volumen de sangre aumenta durante el embarazo, por lo que una disminución moderada en la concentración de eritrocitos y hemoglobina (hemodilución) es normal” (Anónimo, 2005b, párr,25).

Anónimo (2005b) indica que “como la madre debe producir sangre tanto para el feto como para ella misma, durante la gestación se precisa de un mayor aporte de hierro para producir glóbulos rojos”. (párr.26). Por ello, “el tipo más frecuente de anemia durante el embarazo es la anemia por deficiencia de hierro que, por lo general, se debe a una inadecuada cantidad de este elemento en la dieta” (Anónimo, 2005b, párr,27). Sin embargo, “puede deberse a una deficiencia de hierro ya existente provocada por la pérdida de hierro por las menstruaciones o por un embarazo previo” (Anónimo, 2005b, párr,27). Así “con menos frecuencia, la anemia es consecuencia de una dieta deficiente en ácido fólico (folato), una vitamina B que también es necesaria para producir glóbulos rojos” (Anónimo, 2005b, párr,27).

2.1.7.4 Incompatibilidad de Rh.

Para Anónimo (2005b) “la incompatibilidad de Rh es la incompatibilidad del grupo Rh entre la sangre de la madre y de su feto. Como resultado de esta anomalía, la mujer puede producir anticuerpos contra los glóbulos rojos (eritrocitos) del feto” (párr.30). Además, “estos anticuerpos ocasionan la destrucción de un número más o menos importante de estas células, produciendo en ocasiones la denominada enfermedad hemolítica del recién nacido, una variedad de Anemia” (Anónimo, 2005b, párr,30).

Para Anónimo (2005) “los problemas aparecen cuando la madre es Rh-negativo y el feto tiene sangre Rh-positivo que ha heredado de un padre Rh-positivo” (párr.32). Además, “parte de la sangre fetal puede entrar en contacto con la sangre materna a través de la placenta, sobre todo en los últimos días de embarazo y durante el parto” (Anónimo, 2005b, párr,32). Si ello sucede, “el organismo de la madre puede tratar los glóbulos rojos del feto como elementos extraños y producir anticuerpos para destruirlos (anticuerpos anti-Rh)” (Anónimo, 2005b, párr,32).

Los valores de estos anticuerpos de la madre se elevan a lo largo de todo el embarazo y pueden atravesar la placenta y llegar al feto, donde pueden destruir parte de sus eritrocitos”. Entonces como resultado, puede desarrollarse la enfermedad hemolítica en el feto (eritroblastosis fetal) o en el recién nacido (eritroblastosis neonatal). (Anónimo, 2005b, párr,32)

Anónimo (2005b) nos dice que “no obstante, durante un primer embarazo, rara vez surgen estos problemas porque, por lo general, no se produce un contacto significativo entre la sangre del feto y la de la madre hasta el momento del parto” (párr.32). Sin embargo, “en cada embarazo subsiguiente, la madre se sensibiliza

cada vez más frente a la sangre Rh-positivo y produce anticuerpos cada vez con mayor antelación” (Anónimo, 2005b, párr,32).

2.1.8 Ventajas y desventajas de un embarazo tardío.

Según Anónimo (2010) nos dice que “los médicos, desde un punto de vista fisiológico, afirman que el mejor momento, la mejor edad para tener un hijo es entre los 20 y los 30 años” (párr.1). Pero, “debido a muchas y variadas razones, las mujeres no están queriendo o pudiendo seguir esta consideración” (Anónimo, 2010, párr.1). Entonces, “muchas mujeres no pueden optar por tener un bebé antes de los 30, sea por la falta de oportunidades para independizarse de sus padres, o por no encontrar la pareja ideal, o por no tener un trabajo estable” (Anónimo, 2010, párr.1). O, “aún por qué no está contenta con su pareja y decide separarse, la mujer acaba por tener su primer bebé a partir de los 30 o 35 años de edad, a pesar de los riesgos que eso puede suponer” (Anónimo, 2010, párr.1).

2.1.8.1 Lo bueno de ser una embarazada mayor de edad.

“Tener un hijo con una edad más avanzada tiene sus ventajas. Como todo, no se puede generalizar, pero normalmente lo que suele pasar es que, a partir de los 30 o 35 años” (Anónimo, 2010, párr.2).

- Económicamente la madre puede estar mejor.
- Laboralmente tanto la madre como el padre su situación será más estable.
- La madre se siente segura y conoce con certeza lo que realmente quiere.
- El hijo no es una carga ha sido deseado y es muy querido.
- La relación como pareja guarda un cierto grado de equilibrio.

- Ambos la madre y el padre se enfrentan y se sienten más seguros al educar a su hijo.
- Ambos han madurado casi ya no salen y comprenden la responsabilidad de tener un bebe en casa.
- Generalmente si ya no es el primer hijo la madre estará más tranquila al tener y dar educación a su bebe.
- Los cuidados a su bebe será una recompensa y no serán visto como un sacrificio.
- Una madre de mayor edad no pensara como muchas madres jóvenes que tienen la sensación que por tener un hijo perdieron parte de su juventud dejando atrás sus deseos y sueños.

2.1.8.2 Lo malo de retrasar el embarazo.

Según Anónimo (2010) “las necesarias pruebas y controles por los que deben pasar las mujeres durante el embarazo como forma de detectar posibles anomalías y otros posibles problemas asociados a la edad avanzada de la madre” (párr.6). Hay que tener en cuenta que, “no se puede ignorar que los riesgos de salud, tanto en la mujer como en el bebé, aumentan también con la edad” (Anónimo, 2010, párr.6).

Otro punto que genera preocupación en la maternidad tardía, es que en muchas familias el hacer frente a los cuidados del bebé se tenga que compaginar con la tarea de atender a unos padres mayores o enfermos, lo que puede causar un estrés en la mujer, debido al probable sentimiento de impotencia y de frustración para llevar la situación. (Anónimo, 2010, párr.7)

2.1.9 Actividades básicas a realizar en los controles prenatales.

- Medición de peso.
- Debe medirse la talla.
- Controlar la presión arterial.
- Diagnóstico del embarazo.
- Sistema cardio respiratorio y otros sistemas.
- Evaluación del estado nutricional.
- Examen de mamas y pezones.
- Se necesita un examen clínico de la pelvis.
- Estimación de la edad gestacional.
- Medir la altura uterina.
- Evaluación del crecimiento fetal.
- Conocer la posición, situación y presentación del feto en un diagnóstico médico.
- Auscultar latidos fetales.
- Movimientos fetales.
- Evaluación ecosonográfica.
- Detección de factores de riesgo obstétrico.
- Determinación de hemoglobina y hematocrito.
- Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh.
- Detección de diabetes gestacional.
- Detección de sífilis y prueba de Elisa.
- Examen de orina.
- Administración de hierro y ácido fólico.
- Administración de complementos alimentarios.
- Información sobre planificación familiar y salud reproductiva.
- Examen odontológico.
- Vacunación anti tetánica.

2.1.10 Signos de alarma en la gestante.

- “Sangrado Vaginal” (Anónimo, 2010, p.4).
- “Pérdida de líquido amniótico (ruptura de membranas), más aún si ha transcurrido más de 24 horas” (Anónimo, 2010, p.4).
- “Secreción vaginal desusadamente espesa o mal oliente” (Anónimo, 2010, p.4).
- “Fiebre” (Anónimo, 2010, p.4).
- “Convulsiones” (Anónimo, 2010, p.4).
- “Disminución de los movimientos fetales.
- “Dolor de cabeza (cefalea) intenso, visión borrosa o de lucecitas o estrellitas, zumbido de oídos intenso, dolor de la boca del estómago o dolor en el costado superior derecho del abdomen” (Anónimo, 2010, p.4).

2.1.11 Salud reproductiva y social - maternidad segura.

Según Castaño (2009) “el conjunto de acontecimientos relacionados al proceso de fecundidad durante la vida fértil de la mujer se define como salud reproductiva” (p.27) Así pues, “este concepto debe ser abordado desde una óptica multidimensional e interdisciplinaria, ya que en él operan factores físicos, psíquicos, familiares, económicos y políticos, sujetos a la condición de género y ubicación social de la mujer” (Castaño, 2009, p.27).

Castaño (2009) señala que “desde la perspectiva física, el ciclo reproductivo no implica riesgos potenciales; sin embargo, durante este proceso son muchas las mujeres que sufren, enferman o mueren por causas evitables” (p.27). Entonces “no es casual que, especialmente en los países del Tercer Mundo, la mortalidad materna presente valores altos en relación a los países avanzados”, (Castaño, 2009, p.27). Y “donde la maternidad no conlleva situaciones de riesgo; que los abortos inducidos asciendan a cifras de aproximadamente un aborto por cada dos embarazos a término” (Castaño, 2009, p.27). Ya que “muchas mujeres

desconozcan cómo regular su fecundidad y cuidar su salud reproductiva; o que lleguen al parto sin haber concurrido a realizar los controles necesarios durante el embarazo” (Castaño, 2009, p.27).

Castaño (2009) manifiesta que “los factores psíquicos son aquellos relacionados con aspectos emocionales y subjetivos ligados al conocimiento o desconocimiento del propio cuerpo” (p.27). Así tenemos que, “estos se traducen en imaginarios, que asocian la sexualidad a la reproducción, imponiendo exigencias acerca de la maternidad como reglas relativamente estrictas”, (Castaño, 2009, p.27). Y, “frente a las cuales las mujeres experimentan el control social muchas veces tomado como culpa en tanto no se ajusten a ellas” (Castaño, 2009, p.27).

Castaño (2009) “Desde la perspectiva familiar la maternidad muchas veces actúa como causal de la formación de la pareja y en uniones ya formalizadas la llegada de un nuevo hijo tiende a movilizar su estructura” (p.28).

Desde la perspectiva política, las distintas fuerzas en pugna por el poder son las que marcan las estrategias y reglamentaciones en torno a la salud reproductiva, a través del diseño de políticas públicas que limitan o auspician el acceso a los servicios que atienden la salud de la mujer. (Castaño, 2009, p.28)

Según Castaño (2009) “la práctica médica tiende a segmentar a la mujer en lo relativo a su condición sexual y reproductiva visualizándola a partir de especialidades que la atienden fragmentando en lo corpóreo su integralidad” (p.28), tales como: “las distintas especialidades - ginecología, obstetricia, planificación familiar, etc. operan, desafortunadamente, en forma negativa en la posibilidad de acceder a una visión integral y totalizadora de la salud reproductiva” (Castaño, 2009, p.28).

Castaño (2009) sostiene que “para hablar de cuidado o control prenatal se tiene que tener primero el concepto claro de salud reproductiva” (p.28). Entonces vemos que “que es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de las enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (Castaño, 2009, p.28).

2.1.12 Atención prenatal.

La atención prenatal (APN) no es más que el conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica especial para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. (Anónimo, 2015b, párr.1)

Para Anónimo (2015b) “la atención prenatal comprende un examen físico de la embarazada por un profesional especializado de la salud, examen ginecológico en la que incluye citología que descarte patologías del cuello uterino como el VPH” (párr.2), Así también, “valoración cardiovascular, verificación de inmunizaciones (rubeola, hepatitis), verificación de infecciosos como el toxoplasma y VIH, y determinar cuándo un embarazo se trata de alto riesgo y cuando no.” (Anónimo, 2015b, párr.2)

Según Castaño (2009) “la atención prenatal es importante porque al verla en forma regular su proveedor de atención médica tiene la oportunidad de descubrir los problemas en forma temprana para que puedan ser tratados lo antes posible” (p.37). También, “es posible prevenir otros problemas. Con la atención prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible” (Castaño, 2009, p.37).

2.1.13 El enfoque de la atención calificada del parto.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2007) refiere que “la atención calificada incluye cuidados para mujeres que sufren complicaciones que ponen en riesgo su vida, pero no se limita a eso” (p.8). También, “el enfoque de la atención calificada se basa en la premisa de que todas las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el parto” (MSP, 2007, p.8). Así mismo “Asume que este tipo de cuidados (tales como prácticas higiénicas y el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto) pueden prevenir algunas complicaciones” (MSP, 2007, p.8). Entonces se debe “aumentar la probabilidad de un tratamiento inmediato y apropiado cuando ocurren complicaciones, y promover una referencia rápida y oportuna si fuera necesario” (MSP, 2007, p.8).

La mayor particularidad del enfoque de la atención calificada del parto es que no se concentra exclusivamente en la formación y despliegue de personal calificado, sino en la necesidad de ofrecer a todas las mujeres embarazadas una atención calificada. Y, disponer de personal calificado para la atención del parto es el medio para asegurar que todo parto sea atendido adecuadamente. (Instituto Nacional de Salud Pública de México, [INSPM], 2011).

Con esta nueva visión, las estrategias de maternidad segura pasan de un enfoque individual a otro colectivo.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2009) “el enfoque de la atención calificada implica la creación de las condiciones para que todas las mujeres embarazadas y sus bebés tengan embarazos, partos y nacimientos seguros y saludables” (p.87) Además, “esto tiene que ver con los entornos saludables, es decir: el conjunto integral de intervenciones en un contexto físico definido para proporcionar un entorno sano y propicio.

2.2 Calidad

Según Atiencia (2013) “La calidad representa el éxito de toda organización, institución o empresa, es su gran meta para alcanzar la cumbre y con ello aumento de sus ganancias” (p.15). También “la confianza, elección y preferencia de sus clientes por sus productos o servicios, los cuales cumplen con todas sus expectativas” (Atiencia, 2013, p.15).

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Y su origen podemos encontrar en Papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente, es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad. (Atiencia, 2013, p.15)

Para Atiencia (2013) “la familia de normas ISO (ISO 9000:2000). Define la calidad como el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos” (p.15) Además. “Los requisitos a los que se refiere la norma son: Las necesidades o expectativas establecidas o las implícitas u obligatorias” (Atiencia, 2013, p.15).

Según Atiencia (2013) señala que la Real Academia de la Lengua Española:

La calidad desde la perspectiva del usuario, implica la capacidad de satisfacer los deseos de los consumidores. (ISO 9000:2000). También, “La calidad de un producto depende de cómo éste responda a las preferencias de los clientes. Es la satisfacción del cliente o usuario por un bien o servicio. (p.15).

Segun Atiencia (2013) la real Academia de la Lengua Española, “la calidad es la Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (p.15).

Se considera también calidad al conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos servicios. Así mismo, el término calidad, tiene distintas acepciones según la época histórica, las personas, sus ideas e intenciones. (Atiencia, 2013, p.15)

Según Atiencia (2013) “los siguientes son algunos de los significados propuestos por destacados estadísticos y consultores de la calidad: Para Shewhart la calidad es la bondad de un producto” (p.16).

- “Se define calidad como adecuado para el uso, también la expresa como la satisfacción del cliente externo e interno, Juran, en 1995” (Atiencia, 2013, p.15).
- “Es el grado hasta el cual los productos satisfacen las necesidades de la gente que los usa, Montgomery en 1996” (Atiencia, 2013, p.16).
- “Calidad es ajustarse a las especificaciones, Crosby” (Atiencia, 2013, p.16).
- “Satisfacción de las expectativas del cliente, Feigenbaum, en 1951” (Atiencia, 2013, p.16).
- “Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad, Taguchi en 1989” (Atiencia, 2013, p.16).
- “Calidad es satisfacción del cliente, Deming en 1989” (Atiencia, 2013, p.16).

Según Atiencia (2013) señala que “es observable que el concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia” (p.16); no obstante, “su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de

satisfacción del cliente respecto al mismo. En los apartados siguientes se describen las etapas o periodos históricos de la calidad” (Atiencia, 2013, p.16).

Según Atiencia (2013) “La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones” (p.16):

- “Los usuarios externos deben sentir un elevado grado de satisfacción” (p.16).
- “Los riesgos deben ser mínimos para los beneficiarios internos y externos” (p.16).
- “Profesionales de excelencia que tengan un alto nivel” (p.16).
- “En las organizaciones los recursos se deben usar eficientemente” (p.16).

2.2.1 Calidad en salud.

Según Atiencia (2013) el concepto de “calidad en salud según Vanormalingen, en 1996, se enmarca en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud” (p.17). Sin embargo, Así mismo, “la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos” (Atiencia, 2013, p.17); además, “todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud” (Atiencia, 2013, p.17).

Desde 1989, Deming, la calidad en salud significa cumplir con las expectativas del usuario, es el hecho de proporcionarle satisfacción adecuada a sus necesidades como una filosofía básica de administración, una nueva forma de trabajar donde prevalece el respeto, confianza y trabajo en equipo. (Atiencia, 2013, p.17)

2.2.2 Calidad de la atención médica o servicios de salud.

Según Atiencia, (2013) menciona que “Lee y Jones, el concepto de buena atención como la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado” (p.18); agregando además “que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas sino que varían de una sociedad a otra” (Atiencia, 2013, p.18).

“Otra definición: Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución” (Atiencia, 2013, p.18).

Según Atiencia (2013) señala que “Ávalos en 2010, la definición más clásica de calidad de atención en salud está dada por Avedis Donabedian (1919-2000)” (p.18), además, “es la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diferentes medidas” (Atiencia, 2013, p.18). Así pues “esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente” (Atiencia, 2013, p.18), en donde “los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes, Donabedian” (Atiencia, 2013, p.18).

La Calidad de la atención o calidad asistencial está dada por las diferentes actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos. Así también, con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida. (Atiencia, 2013, p.18)

Según la Dirección de Gerencia de Salud de las Personas, (DGSP, 2005) señala que hace propio un concepto que enunció originalmente, “la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos” (p.1). Además, “el grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario” (DGSP, 2005, p.1).

Casalino (2008) señala que, “se ha descrito que el paciente, usuario de los servicios de salud, tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad” (p.145); así “el primer nivel es el de las necesidades o expectativas básicas en el cual los pacientes esperan que la asistencia sea fiable, revestida de competencia, cortesía, educación, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados adecuados a los tratamientos” (Casalino, 2008, p.145). Además, “en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, con atención individualizada, adecuada comunicación y una implicación personal en los aspectos humanos del cuidado” (Casalino, 2008, p.145); Y, “el tercer nivel es el de la buena apariencia física de las instalaciones y del personal, así como una relación costo-beneficio favorable” (Casalino, 2008, p.145).

Está demostrado que medir la satisfacción del usuario con la calidad de los servicios médicos puede predecir la aceptación de los pacientes para seguir los tratamientos y prescripciones que se les haga, Además que está relacionado con la continuidad de uso de los servicios de salud y con menor cantidad de acusaciones y juicios por mala práctica. (Casalino, 2008, p.145)

Segun Casalino (2008) indica que, “también es importante considerar la calidad de los servicios desde el punto de vista de la educación médica puesto que los servicios donde los médicos son formados contribuyen a reforzar actitudes positivas en los estudiantes”

(p.145) y “permiten la construcción del perfil profesional diseñado por sus programas y escuelas” (Casalino, 2008, p.145). Por otro lado, “la insatisfacción de los pacientes con el servicio que reciben puede llegar a ser una severa limitante para la formación de futuros profesionales” (Casalino, 2008, p.145).

Tabla 1

Claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema

Efectividad	Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido.
Eficacia	Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales
Eficiencia/ Optimidad	Habilidad de bajar costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados
Equidad	Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblaciones.
Aceptabilidad/ Legitimidad	Conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.
Accesibilidad	Todo tipo de acceso para obtener los servicios.
Adecuación de los servicios	Dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población
Calidad Técnico / Científica	Incorporación de los conocimientos de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles

2.2.3 Concepto de calidad de servicio asistencial.

Según Rodríguez y Grande (2014) “La Real Academia Española define calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie” (p.4). Entendida así, “calidad de la asistencia sanitaria es el conjunto de propiedades inherentes a un servicio asistencial, que permiten apreciarlo como igual, mejor o peor que los restantes servicios del mismo tipo” (Rodríguez & Grande, 2014, p.4).

Rodriguez y Grande (2014) señala que, estos conceptos nacen tres importantes tipologías: “Concepto de calidad como término relativo. En nuestro caso, como una característica en relación con alguno de los múltiples componentes de la asistencia sanitaria” (p.4).

El concepto de calidad lleva implícito el de comparación (igual, mejor o peor) y, por último, la necesidad de contar con un estándar, norma o modelo con el que compararse. Además, en el sector industrial la calidad ha sido definida como la aptitud para el uso, la adecuación a la norma o como la capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al menor coste posible. (Rodriguez & Grande, 2014, p.4)

Así también, en el sector sanitario, esta definición plantea los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el objetivo final al brindar un servicio de salud?: ¿satisfacción, mejoría o curación?
- ¿Quién tiene que ser el encargado de establecer el objetivo que se desea alcanzar?: ¿usuarios, funcionarios o personal encargado de brindar el servicio de salud?
- ¿Qué tan bajo se puede lograr el coste?

Según Rodriguez y Grande (2014) “la respuesta a la primera de estas preguntas parece clara. El producto final de un servicio sanitario asistencial es el alta del paciente” (p.4). Sin embargo, “la diversidad de pacientes, desde el punto de vista de su morbilidad y de los valores y preferencias de cada uno de ellos, hacen difícil cuantificarlo” (Rodriguez & Grande, 2014, p.5). Además, “la heterogeneidad y dificultad para medir los productos resultantes de la atención sanitaria nos lleva a centrar nuestra atención en la cadena de producción” (Rodriguez & Grande, 2014,

p.5). En ella, “podemos distinguir una función de producción técnica, que da lugar a productos intermedios (radiologías, analíticas, etc.), y una función médica (alta del paciente), que busca mejorar el nivel de salud” (Rodriguez & Grande, 2014, p.5). Así como, “medir los productos intermedios no entraña dificultad por ser tangibles, no ocurre lo mismo con los productos finales” (Rodriguez & Grande, 2014, p.5). Sin embargo, “estos han intentado medirse por diferentes métodos, como estancias, UBAs, UPAs, hasta otros más completos, aún en fase de desarrollo e implantación, como los sistemas de case-mix” (Rodriguez & Grande, 2014, p.5). Pero, “todos estos sistemas clasifican a los pacientes en función de la morbilidad por la que han sido atendidos, sin valorar otros aspectos clave en la calidad asistencial, como el punto de vista del paciente” (Rodriguez & Grande, 2014, p.5)

Por otro lado, Rodriguez y Grande (2014) nos dice que “lograr los objetivos con el menor coste posible es ineludible. Cualquier servicio que busque la calidad debe trabajar siempre bajo la óptica de optimizar versus maximizar” (p.5). Además, “no se trata de dar a unos cuantos lo mejor y sí de dar a la mayoría lo óptimo” (Rodriguez & Grande, 2014, p.5).

Ninguna definición por sí sola da respuesta a todas estas cuestiones, sólo un análisis detenido de los componentes de la atención sanitaria, así como de los atributos que cada uno de ellos debe contener, podría hacernos llegar a una visión esclarecedora del concepto de calidad de la atención sanitaria. (Rodriguez & Grande, 2014, p.5)

2.2.4 Componentes, determinantes y atributos de la calidad asistencial

Según Rodriguez y Grande (2014) manifiesta que “los profesionales sanitarios tienden a definir la calidad desde la perspectiva de los cuidados que prestan al paciente. Esta visión enfatiza en el primero de los componentes, la excelencia científico-técnica” (p.6). Así también, “en la que se proveen los cuidados y, en menor grado, en la interacción, o calidad

de la relación entre los profesionales como proveedores de la asistencia y el paciente como receptor” (Rodríguez & Grande, 2014, p.6).

Generalmente es el usuario quien se esmera más por recibir un buen servicio de atención médica.

Para Rodríguez y Grande (2014) “los determinantes claves de la calidad técnica son básicamente” (p.6):

La adecuación de los cuidados que se dan y la habilidad con la que esos cuidados se prestan. Algunos autores lo describen como hacer bien lo que se debe hacer. Depende de la habilidad, conocimiento, competencia, interés, tiempo y recursos disponibles. En definitiva, de la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y en su capacidad e interés para llevarlas a la práctica. (Rodríguez & Grande, 2014, p.6)

La calidad de relación entre profesionales y pacientes depende también de varios elementos: comunicación, la capacidad de ganar su confianza y la habilidad para tratar al paciente con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, así como atender las preferencias y valores de cada paciente. (Rodríguez & Grande, 2014, p.6)

En esta línea debe ser interpretada la definición del Instituto de Medicina Estadounidense (Tabla 2) cuando se refiere a los resultados deseados y las expectativas de los pacientes.

Tabla 2

Algunas definiciones sobre calidad de la atención sanitaria.

Donabedian, 1980: Tipo de cuidados que son esperados para mejorar una medida del estado de bienestar del paciente, después que uno ha realizado balance sobre las ganancias y pérdidas esperadas que sucedan tras el proceso de cuidados en todos sus componentes.

Instituto de Medicina, 1990: Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia.

Una visión globalizadora: Grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y éstos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia y los recursos que la sociedad ha decidido destinar para ello.

Fuente: Rodríguez y Grande (2014, p.6)

El tercer componente de la atención sanitaria es el económico organizativo. Incluye el punto de vista de las instituciones u organizaciones, que deben procurar, en una situación de recursos limitados, la accesibilidad de los usuarios, la capacidad de respuesta y optimizar su utilización. (Rodríguez & Grande, 2014, p.7)

Rodríguez y Grande (2014) manifiesta que, “ninguna aproximación será válida si no incluye los tres componentes que acabamos de describir” (p.7).

Los atributos básicos de la calidad asistencial se muestran en la Figura.



Fuente: Rodríguez y Grande (2014, p.6)

Figura 1 Atributos básicos de la calidad asistencial

Los atributos básicos de la excelencia en la atención sanitaria se centrarán en prestar una atención:

- Segura: evitar nocere. los errores en los pacientes, Primum non Nocere.
- Efectiva: prestar asistencia basada en la mejor evidencia científica, evitando el sobreuso o el infrauso de los recursos.
- Centrada en el paciente: proveer los cuidados respetando los valores y creencias de los pacientes, bien informados y que deben ser quienes finalmente guíen las decisiones clínicas.
- En el momento adecuado: evitar los retrasos innecesarios
- Eficiente: evitar gastos innecesarios.
- Equitativa: proveer los mismos cuidados para las mismas necesidades, sin distinción social o de ubicación del paciente.

Tabla 3

Componentes y atributos de la calidad asistencial

Componentes	Atributos
Científico-técnico	Eficacia
	Accesibilidad
	Agilidad
Interpersonal/relacional	Confort
Organizativo/económico	Efectividad
	Continuidad
	Trato
	Equidad
	Seguridad
	Información

2.2.5 Aproximación histórica.

Rodriguez y Grande (2014) “La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es antigua y consustancial a la práctica clínica” (p.8).

Para Rodriguez y Grande (2014) indica que, “el año 2000 a.C. en Babilonia el código Hammurabi regulaba la atención médica y en Egipto, se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. El tratado de Hipócrates de Cos, año 500 a.C.” (p.8), además, “recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que aún hoy siguen vigentes. Estaban dirigidos básicamente, a normalizar el proceso de la práctica clínica” (Rodriguez & Grande, 2014, p.8).

Los primeros trabajos de evaluación de la atención sanitaria los realizan epidemiólogos, como el Tratado sobre Política Aritmética, escrito en el siglo XVII por sir W. Petty, uno de los padres de la epidemiología moderna; compara los hospitales de la ciudad de Londres con los de París. (Rodriguez & Grande, 2014, p.8)

Según Rodríguez y Grande (2014) afirma que “los hospitales de Londres son (...) mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16” (p.8).

Según Rodríguez y Grande (2014) señala que en “el siglo XX se inicia con la evaluación sistemática de la calidad asistencial y abre un período en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación, conviven y se suceden a lo largo de tiempo” (p.8).

A continuación, Rodríguez y Grande (2014) presentan algunos hechos y fechas claves en la evaluación de la calidad asistencial:

- 1966. “Un hito en la historia del control de calidad surge con Avedis Donabedian, formuló la estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, proceso y los resultados” (Rodríguez & Grande, 2014, p.8).
- 1979. “Se crea en Holanda la CBO, organización para la asesoría de hospitales en temas de calidad y educación. Con fines no lucrativos, y aunque de ámbito preferentemente nacional” (Rodríguez & Grande, 2014, p.8), tiene también “difusión internacional como lo refleja la publicación de la European Newsletter on Quality Assurance” (Rodríguez & Grande, 2014, p.8).
- 1980. “Salud para todos en el año 2000. OMS: De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias” (Rodríguez & Grande, 2014, p.9). Además, “se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continúa y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos” (Rodríguez & Grande, 2014, p.9) y,

“convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos” (Rodríguez & Grande, 2014, p.9).

- 1988. “Ellwood propone el desarrollo de un programa para EEUU basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (outcomes management) al establecimiento de estándares y diseño de guías de práctica clínica” (Rodríguez & Grande, 2014, p.9).
- 1989. “Berwick propugna el Continuous Quality Improvement (CQI) como un modelo de mejora continua para servicios sanitarios” (Rodríguez & Grande, 2014, p.10).
- 1990. “La JCAH impulsa, con la agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de CQI y la necesidad de orientar los programas hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora” (Rodríguez & Grande, 2014, p.10).

Según Rodríguez y Grande (2014) manifiesta que “a mediados de los años 80, en EEUU, comienza a introducirse el modelo industrial en los servicios de salud. El paciente pasa de beneficiario a ser cliente” (p.12). Teniendo en cuentas que, “las actividades de garantía de calidad son absorbidas por una estrategia de mejora continua de la calidad, y la calidad debe de ser también una preocupación de los líderes, directivos de la organización” (Rodríguez & Grande, 2014, p.12), y “estar enfocada siempre a la búsqueda de las perspectivas de los clientes. Hacer confluir los intereses del médico, de la organización y del paciente puede ser política y económicamente irresistible y éticamente gratificante” (Rodríguez & Grande, 2014, p.12), y, por último, “esta es la línea propuesta por el conocido modelo del que hablaremos más adelante,

Mejora Continua o Continuous Quality Improvement (CQI)” (Rodríguez & Grande, 2014, p.12).

2.2.6 Evaluación y mejora de la calidad asistencial.

Según Rodríguez y Grande (2014) “una vez analizados los componentes y evolución de la calidad asistencial se deducen que conocer el nivel de calidad de la atención que presta un centro hospitalario pasa por valorar tres grandes aspectos o determinantes de la misma” (p.40) además, “la adecuación, la excelencia y la satisfacción de la persona o paciente que recibe esa atención” (Rodríguez & Grande, 2014, p.13).

Desarrollar medidas que permitan conocer con fiabilidad el nivel que cada centro alcanza para cada uno de estos determinantes es todavía un reto en el campo de la atención hospitalaria. Referente al grado de adecuación de los diferentes procedimientos que se aplican a los pacientes, existe un gran número de estudios que muestran la variabilidad intercentros en la aplicación de los mismos. (Rodríguez & Grande, 2014, p.13).

En segundo lugar, Rodríguez y Grande (2014) señalan que, “cuando un procedimiento ha demostrado su eficacia, el siguiente paso es hacer que sea efectivo. Buscar la efectividad lleva a lograr la excelencia de nuestro trabajo” (p.14). Entendido así, “promover la calidad asistencial es promover la efectividad y, siendo ambiciosos, es promover la eficiencia, pues en la demanda ilimitada de necesidades en la que se mueve el sector sanitario” (Rodríguez & Grande, 2014, p.14), y “especialmente el sector público, es obligado elegir la alternativa menos costosa de todas las efectivas” (Rodríguez & Grande, 2014, p.14).

Por último, en lo que se refiere al tercer determinante, buscar la satisfacción del paciente con la atención recibida, dándole de forma comprensible toda la información sobre su proceso para que éste pueda participar activamente en la toma de decisiones y para mantener el comportamiento ético, es una de las obligaciones más importantes de quienes trabajamos en este sector. (Rodríguez & Grande, 2014, p.14).

2.2.7 Servicio

Según Rodríguez (2012) “a través del tiempo se han desarrollado una serie de definiciones sobre los servicios sin que ninguna obtenga total aceptación en el medio académico por la complejidad del sector servicios” (p.20).

Para Rodríguez (2012) señala que:

Servicio (Del lat. *servit-um*) Acción y efecto de servir. Prestación humana que satisface alguna necesidad social y que no consiste en la producción de bienes materiales. Actividad llevada a cabo por la Administración o, bajo un cierto control y regulación de ésta, por una organización, especializada o no, y destinada a satisfacer necesidades de la colectividad. (p.20)

“Actividades, beneficios o satisfacciones puestos a la venta proporcionados en conexión con la venta de bienes” (Rodríguez, 2012, p.20).

Rodríguez (2012) “Los servicios son actividades intangibles e identificables por separado, que proporcionan la satisfacción deseada cuando se venden a los consumidores y/o usuarios industriales y que no están necesariamente vinculadas a la venta de un producto o de otro servicio” (p.20).

2.2.8 Características de los servicios.

Según Rodríguez (2012) “Los servicios presentan una serie de características a partir de las cuales se define la singularidad del marketing de servicios” (p.21).

a) Intangibilidad. “La principal característica de los servicios es su intangibilidad. Los servicios son acciones, satisfacciones, prestaciones y experiencias principalmente; el servicio no se puede ver ni tocar, oler ni degustar. La intangibilidad genera las siguientes consecuencias” (Rodríguez, 2012, p.21):

- “Mayor riesgo percibido en la fase previa a la compra, debido a la intangibilidad es difícil para el comprador formarse una idea del servicio antes de adquirirlo” (Rodríguez, 2012, p.21).
- “Es más difícil exhibir un servicio y lograr su diferenciación, debido a que el servicio en sí mismo no posee atributos que permitan al usuario identificarlo” (Rodríguez, 2012, p.21), y “distinguirlo por características objetivas en las que se base su diferenciación (tamaño, color, calidad de los materiales, diseño, etc.)” (Rodríguez, 2012, p.21).
- “Es más difícil justificar el precio de un servicio, porque los servicios tienen menos características objetivas que los clientes puedan valorar, lo cual genera mayor dificultad al justificar el precio a cobrarse por ellos” (Rodríguez, 2012, p.21).

b) Inseparabilidad. “Los servicios son todo un proceso, por lo tanto, ninguna parte de ellos es independiente, se consumen mientras se realizan” (Rodríguez, 2012, p.21). Además, “la inseparabilidad de los servicios no sólo dificulta el control del nivel

de calidad, sino que también añade incertidumbre y variabilidad al proceso, ya que incorpora como parte a un nuevo participante: el usuario” (Rodríguez, 2012, p.21).

Según Rodríguez (2012) señalamm las principales implicancias de la inseparabilidad son:

- “Alta interacción con el personal de contacto, lo cual requiere un alto adiestramiento del personal en términos de su calidad técnica y su calidad funcional” (p.21).
- “Influencia del ambiente físico del lugar donde se presta el servicio” (p.21).
- “Esto incluye aspectos de decoración, luminosidad, limpieza, el comportamiento de otros clientes” (p.21).

c) Heterogeneidad. “Es imposible la estandarización de servicios puesto que cada unidad de servicio es de algún modo diferente del otro (línea aérea, agencia de viaje, club, restaurante, hotel, etc.)” (Rodríguez, 2012, p.21).

d) Caducidad. “La caducidad es una característica tanto de los productos como de los servicios, pero en el caso de los servicios es más inmediata. Si no se usa cuando está disponible, la capacidad del servicio se pierde” (Rodríguez, 2012, p.21).

2.2.9 Calidad del servicio.

Rodríguez (2012) “en la literatura sobre la calidad del servicio, el concepto de calidad se refiere a la calidad percibida, es decir “al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto” (p.22). En términos de servicio significaría “un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio” (Rodríguez, 2012, p.22). En este sentido, “la calidad percibida es subjetiva, supone un nivel de abstracción más alto

que cualquiera de los atributos específicos del producto y tiene una característica multidimensional” (Rodríguez, 2012, p.22).

Estos son los argumentos de los principales exponentes del concepto de calidad percibida del servicio, para señalar que, en un contexto de mercado de servicios, la calidad merece un tratamiento y una conceptualización distinta a la asignada a la calidad de los bienes tangibles. (Rodríguez, 2012, p.22)

Según Rodríguez (2012) “en la medida en que las organizaciones tengan más dificultades para encontrar ventajas con las que competir, mayores atenciones tendrán que dedicar al servicio como fuente de diferenciación duradera” (p.22).

La calidad del servicio, por su carácter subjetivo, debido quizás a las relaciones interpersonales que se establecen entre el proveedor de la atención y el usuario, intenta responder a las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios tratando de satisfacerlos. Teniendo en cuenta esta conceptualización podríamos decir que: Calidad del servicio es satisfacer y exceder las necesidades y expectativas de los usuarios frente a la atención de salud recibida. (Rodríguez, 2012, p.22).

Rodríguez (2012) señala que “tradicionalmente se han considerado dos enfoques para la definición de la calidad de servicio” (p.23):

Enfoque 1. “Cumplimiento de Expectativas. Aptitud de un servicio para satisfacer las necesidades de los usuarios” (p.23).

Enfoque 2. “Cumplimiento de Especificaciones. Capacidad de un servicio para cumplir las especificaciones con las que fue diseñado” (p.23).

Rodríguez (2012) señala que el “paradigma de la Desconfirmación o disconformidad” (p.25).

- “La satisfacción del usuario depende directamente del nivel de resultado prestación del servicio” (p.25).
- “La satisfacción del usuario se encuentra en relación inversa a la expectativa que tenga” (p.25).
- “Idénticos niveles de prestación del servicio, producirán distintos grados de satisfacción” (p.25).
- “La acumulación de experiencias provoca cambios en el nivel de expectativas” (p.25).
- “Este desajuste final recoge el nivel de satisfacción de los usuarios de un servicio como la relación entre la percepción sobre el servicio y las expectativas previas de los usuarios” (p.25).

2.2.10 Calidad en servicios de salud.

Rodríguez (2012) “Para Donabedian en 1986, la calidad en los servicios de salud es una propiedad compleja, pero que es susceptible de un análisis sistemático para ser medida” (p.23).

Rodríguez (2012) señala que “la definición clásica de calidad en el ámbito de la salud ha sido desarrollada y analizada por Donabedian y según él, la Calidad es la propiedad de la atención médica que consiste en obtener los mayores beneficios” (p.25), teniendo en cuenta que, “con los menores riesgos para el paciente, donde los mayores beneficios se definen en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes” (Rodríguez, 2012, p.25). También, “la define de la

siguiente manera: Calidad es una propiedad de juicio sobre alguna unidad definible de la atención” (Rodríguez, 2012, p.25)

“Sin embargo, buscando una manera más clara del término y relacionándolo con la salud, la calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste espera” (Rodríguez, 2012, p.25).

Es satisfacer las necesidades del usuario de manera consciente en todos los aspectos. Los profesionales de la salud tienden a definir la calidad en términos de atributos y resultados de la atención suministrada por los médicos y recibida por los pacientes. Enfatizan la excelencia técnica con la que se suministra la atención y las características de la interacción entre el usuario y el prestador. (Rodríguez, 2012, p.25)

Rodríguez (2012) señala que, Deming, nos dice “refiriéndose al campo industrial, que calidad significa hacer lo correcto, de la manera correcta, en el campo de salud esto significaría ofrecer una diversidad de servicios que sean seguros, eficaces y que cubran las necesidades y deseos de los usuarios” (p.26).

Rodríguez (2012) señala que “La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el concepto de calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos” (p.26):

- “Alto nivel de excelencia profesional” (p.26).
- “Uso eficiente de los recursos” (p.26).
- “Mínimo de riesgos para el paciente” (p.26).
- “Alto grado de satisfacción por parte del paciente” (p.26).
- “Impacto final en la salud” (p.26).

No es posible reducir a uno o algunos de estos elementos en la calidad en salud, pues, necesariamente implica la integración de

estos elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, pero que todos unidos tienen como resultante la satisfacción del usuario y la eficiencia de la Institución Sanitaria. (Rodríguez, 2012, p.26)

“En Salud la calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera y las actitudes del personal; y a otros elementos tales” (Rodríguez, 2012, p.26).

Según Rodríguez (2012) “las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración” (p.26).

“Por lo tanto, se puede definir a la calidad en Odontología como la totalidad de rasgos y características del servicio odontológico, que presentan ciertas habilidades para satisfacer las necesidades de los pacientes” (Rodríguez, 2012, p.26).

La calidad no es precisamente sinónimo de más tecnología, de mejor trato, de menor costo, de más cantidad de tratamientos realizados, de rapidez, de solución de los problemas del cliente, de capacidad técnica y ética del profesional; es la sumatoria de todos estos elementos y muchos otros. (Rodríguez, 2012, p.26)

2.2.11 Dimensiones de la calidad en salud.

Rodríguez (2012) “son varios los modelos que se han establecido acerca de las dimensiones de la calidad en salud” (p.27).

Según Rodríguez (2012) señala que “Donabedian, enfatiza el análisis de la calidad a partir de tres enfoques o dimensiones (estructura, proceso y resultado) lo cual ha sido una contribución importante” (p.27), además que, “se presta a considerable adaptación sin por ello perder su

fundamental significado clasificador o conceptual, pero también advierte acerca de la importancia de no tomar estos elementos como atributos de la calidad” (Rodríguez, 2012, p.27), sino, “como enfoques o aproximaciones para la adquisición de la información acerca de la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen calidad” (Rodríguez, 2012, p.27).

Estructura. “Se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros” (Rodríguez, 2012, p.27).

Procesos. “Corresponde al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención” (Rodríguez, 2012, p.27).

Resultados. “Son el impacto logrado en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados” (Rodríguez, 2012, p.27).

Según el enfoque presentado anteriormente, se plantea que el servicio percibido depende directamente de la llamada calidad técnica (lo que se da, relativo al resultado) y de la funcionalidad (cómo se da, amabilidad, cortesía, empatía) que tienen que ver con el desempeño técnico de la prestación del servicio y con el tratamiento dispensado al usuario y en su interacción con los prestadores del servicio, respectivamente. (Rodríguez, 2012, p.28).

Para Rodríguez (2012) señala, en conclusión, definimos:

Calidad técnica. Hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas.

El paciente valora en la transacción el resultado técnico del proceso, es decir, qué es lo que recibe. (p.28)

Rodríguez (2012) nos habla, que puede ser medida de una manera bastante objetiva.

Calidad funcional. Se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial. En éste caso sus jueces son el propio paciente y su familia, es decir él está referido al juicio del consumidor sobre la superioridad o excelencia general del producto o servicio. En la calidad del servicio toma especial relevancia el cómo se desarrolla y cómo se recibe el proceso productivo y no tan sólo el qué se recibe. (p.28)

2.2.12 Satisfacción del usuario externo.

Según Rodríguez (2012) la definición de la satisfacción del usuario, “representa la evaluación que hace el paciente acerca de la calidad de la atención y está determinada por la percepción que el mismo haga de la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención de buena calidad” (p.28).

Se refiere a la satisfacción del usuario externo con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional o usuario interno se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención. (Rodríguez, 2012, p.28)

Para Rodríguez (2012) “la satisfacción del paciente tiene también limitaciones como medida de la calidad. Los pacientes por lo general tienen un conocimiento incompleto de las bases científico-técnicas de la atención odontológica” (p.29), por lo que, “sus juicios en relación con estos aspectos pueden no ser válidos; en algunos casos esperan y exigen cosas que sería incorrecto que el profesional proporcionara” (Rodríguez, 2012,

p.28); no obstante, “estas limitaciones no necesariamente restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención” (Rodríguez, 2012, p.28). Por ejemplo, “si el paciente está insatisfecho porque sus altas expectativas sobre la eficacia de la atención no se han cumplido, es evidente que el profesional falló en la educación de su paciente” (Rodríguez, 2012, p.28) y, “no supo transformar las expectativas del mismo en función de sus reales necesidades de salud” (Rodríguez, 2012, p.29).

En general, Atiencia (2013) “los profesionales o usuarios internos ponen mayor énfasis en la evaluación de la calidad científico técnica, los usuarios externos en los aspectos psicosociales y los administradores y empresarios del sector salud, en la eficiencia, atención personalizada, accesibilidad etc.” (pp.24-25).

Según Atiencia (2013) “esta satisfacción lo logramos no solo el personal con una buena atención sino también desde el guardia recibiendo amablemente al paciente, luego la recepcionista con una agradable sonrisa con un trato cordial entendiendo la necesidad del usuario” (p.25), además, “haciéndole sentir único e importante, con ello conseguimos no solo que esté satisfecho por el servicio recibido si no que este nos promociones a sus familiares y amigos” (Atiencia, 2013, p.25), y “con un paciente satisfecho ganamos 8 posibles nuevos clientes, quienes por la atención y el buen trato se harán clientes o usuarios permanentes” (Atiencia, 2013, p.25).

Según Rodríguez (2012) señala que “el concepto de calidad se asocia a satisfacer adecuadamente las necesidades del usuario” (p.29). Teniendo en cuenta que, “en la actualidad la medida de la satisfacción de los usuarios/pacientes con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad de la atención prestada” (Rodríguez, 2012, p.29).

Pero también es una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud, al expresar su percepción y valoración de los

servicios. De acuerdo con las teorías más aceptadas, el nivel de satisfacción con los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación (conformidad o discrepancia) entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido. (Rodríguez, 2012, p.30)

Para Rodríguez (2012) las expectativas pueden ser:

- “Ideales o deseos” (p.30).
- “Predecibles o basadas en la experiencia” (p.30).
- “Normativas o basadas en lo que debe ser el servicio” (p.30).
- “Inexistentes” (p.30).

2.2.13 Medición de la calidad de servicio.

“La medición de la calidad se revela como una necesidad asociada al propio concepto de gestión, ya que todo aquello que no se expresa en cifras, no es susceptible de gestionarse, y, por tanto, de ser mejorado” (Rodríguez, 2012, p.30).

Según Rodríguez (2012) señala que diferentes modelos, “han sido definidos como instrumento de medida de la calidad de servicio siendo el SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml Y Berry) y el SERVPERF (Cronin Y Taylor) los que mayor número de trabajos ha aportado a la literatura sobre el tema” (p.31). Además, “la principal diferencia entre ambos modelos se centra en la escala empleada: el primero utiliza una escala a partir de las percepciones y expectativas mientras que el segundo emplea únicamente las percepciones” (Rodríguez, 2012, p.31).

“El modelo SERVQUAL fue desarrollado como consecuencia de la ausencia de literatura que tratase específicamente la problemática relacionada con la medida de la calidad del servicio manufacturado” (Rodríguez, 2012, p.31).

Este modelo es uno de los instrumentos más utilizados en el sector de los servicios para evaluar el nivel de calidad percibida por los clientes. Es uno de los instrumentos más citados en la literatura sobre calidad y el que mayor atención ha recibido por parte de autores de muy distintas disciplinas. (Rodríguez, 2012, p.31)

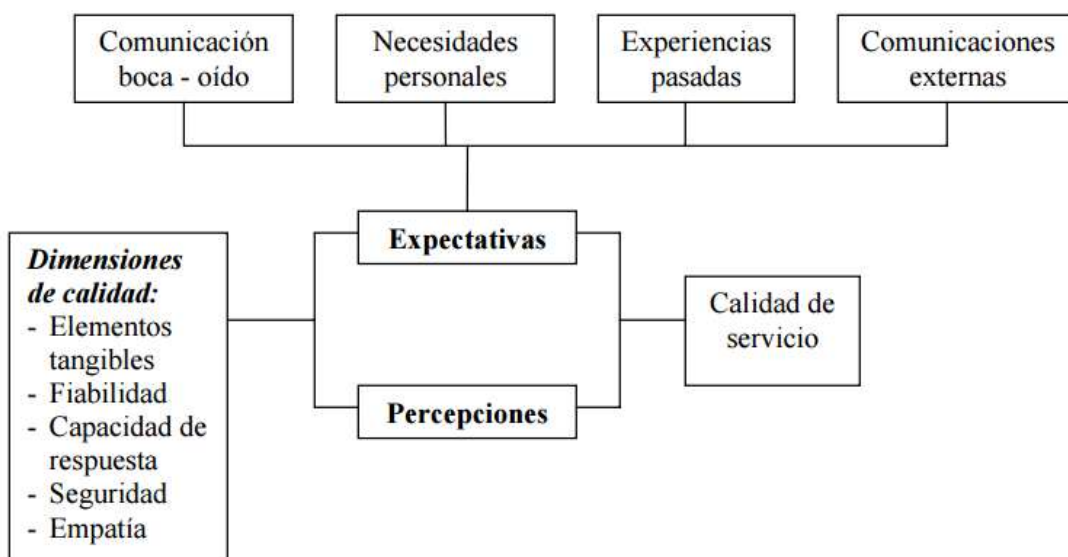
Según Rodríguez (2012) “su estructura de 44 ítems, divididos en dos escalas de 22 ítems cada una, evalúa, por un lado, las expectativas sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los clientes del servicio que han recibido” (p.33). Además, “SERVQUAL se basa en la idea de que la calidad vista por el cliente, es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones, el denominado paradigma de la desconfirmación o disconformidad que hasta la fecha es la teoría con mayor solidez” (Rodríguez, 2012, p.33). Sin embargo, “pese al gran interés que ha despertado este instrumento, no está exento de ciertos problemas metodológicos” (Rodríguez, 2012, p.33).

Rodríguez (2012) señala por ejemplo, “no se ha podido corroborar la estructura de cinco factores sugerida por sus autores (elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía) la escala de expectativas no ha demostrado suficiente validez predictiva” (p.33), además, “la versión ponderada no ha supuesto ventaja metodológica alguna y se ha demostrado que la escala de percepciones parece reunir mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que la puntuación SERVQUAL, calculada a partir de la diferencia entre expectativas y percepciones” (Rodríguez, 2012, p.33).

Según este modelo, Rodríguez (2012) señala que “si la calidad de servicio es función de la diferencia entre percepciones y expectativas, tan importante será la gestión de unas como de otras” (p.33). Además, “para su mejor comprensión, Parasuraman et al., analizaron cuáles eran los principales condicionantes en la formación de las expectativas” (Rodríguez, 2012, p.33).

Tras su análisis, concluyeron que estos condicionantes eran la comunicación boca-oído entre diferentes usuarios del servicio, las necesidades propias que desea satisfacer cada cliente con el servicio que va a recibir, las experiencias pasadas que pueda tener del mismo o similares servicios, y la comunicación externa que realiza la empresa proveedora del servicio, usualmente a través de publicidad o acciones promocionales. (Rodríguez, 2012, p.33)

En el siguiente esquema se resume el modelo:



Fuente: Rodríguez (2012, p.34) extraído de Zeithami, Parasuraman y Berry

Rodríguez (2012) “en los siguientes cuadros se presentan los significados de cada una de estas dimensiones” (p.34).

Dimensión	Significado
Elementos Tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación
Fiabilidad	Habilidad de prestar el servicio prometido de forma precisa
Capacidad de respuesta	Deseo de ayudar a los usuarios y de servirles de forma rápida
Seguridad	Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados así como su habilidad para transmitir confianza al usuario
Empatía	Atención individualizada al usuario

Fuente: Rodríguez (2012, p.34).

El Derecho a la salud en el Perú El derecho a la salud pertenece a un conjunto de derechos de corte universal que rigen la seguridad y dignidad de la persona, para un correcto desenvolvimiento en la sociedad. Es en este sentido que nuestro país fundamenta el derecho a la salud en lo siguiente:

El Artículo N°7 de la Constitución Política del Perú, respecto al derecho a la salud, menciona lo siguiente: Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

Al respecto, La Constitución Política del Perú se refiere también en su Artículo N°9 a la Política Nacional en Salud. Señala lo siguiente: “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos los accesos equitativos a los servicios de salud.

Lo anterior nos permite entender que la atención en salud no solo tiene que ver con atender al paciente según lo aprendido en un centro de estudios, sino en Cómo podemos apreciar, el derecho a la salud constituye un pilar importante en la vida y el desarrollo de cada persona, y a su vez, existe un compromiso constitucional del país frente al mismo. En este sentido, situamos la investigación en la posibilidad de acceder a estos derechos sin ninguna limitación, especialmente de tipo cultural, pues el derecho a la salud se basa también en una atención equitativa, a la cual todos puedan acceder, independientemente de su cultura y forma de ver la realidad. En este sentido, para el MINSA, la salud es un derecho indispensable que permite que la persona pueda ejercer sin ninguna limitación los demás derechos humanos. El derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, abarcan no solo una atención oportuna y

apropiada, sino también factores sociales, económicos y culturales, los cuales son determinantes para la salud:

Lo anterior nos permite entender que la atención en salud no solo tiene que ver con atender al paciente según lo aprendido en un centro de estudios, sino en construir un diálogo intercultural que incluya el respeto y tolerancia hacia la forma de ver la salud. Especialmente de aquellos que mantienen sus costumbres y tradiciones.

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos, se incluye no solo el derecho a la atención y protección en salud, sino también el derecho a elegir la posición en la cual se desarrollará el parto.

2.2.14 El aseguramiento universal en salud.

La necesidad de contar con un seguro de salud se hace cada vez más notoria en nuestro país, no solo para aquella población que se encuentra en situación de pobreza, sino para toda la población que no cuenta con un seguro de salud.

Partiendo de esta necesidad, es que se crea el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), como política de Estado, la cual tiene como fin “Lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en salud (PEAS)

Cabe indicar el principio de Universalidad del AUS, donde se señala lo siguiente:

La salud es un derecho fundamental [...] por ello, el Aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

En la misma línea, los principios de Integralidad y Equidad nos describen al AUS como una política que, a través de las entidades prestadoras de servicios (en. Podemos entender que todas la personas tienen derecho a acceder al AUS sin temor a ser discriminadas, por ese motivo, entendemos que no existe impedimento para que los asegurados sean atendidos según su costumbres.

En la misma línea, los principios de Integralidad y Equidad nos describen al AUS como una política que, a través de las entidades prestadoras de servicios (en nuestro caso el Hospital General de Jaén), otorga todas las prestaciones de salud que el asegurado necesita. A su vez permite proveer servicios de salud de calidad priorizando a la población con menos recursos, permitiéndonos así reforzar el principio de universalidad.

Una de las características del AUS es que es “garantizado”, es decir, el Estado brinda la garantía de que los asegurados serán atendidos bajo las características de accesibilidad, calidad, oportunidad y protección financiera.

Según la Ley marco del AUS, entre los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal se encuentran el Ministerio de Salud (MINSA), como órgano rector encargado de establecer normas y políticas. También se encuentran las llamadas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), las cuales son de “carácter público, privado o mixto, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgo a sus afiliados.

Según estas características todos los asegurados tienen derecho a una atención de calidad, oportuna y gratuita según sea el caso

El SIS es una institución encargada de Administrar económica y financieramente los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes.

Entre estas IAFAS tenemos al Seguro Integral de Salud.

Seguro Integral de Salud

El SIS es una institución encargada de Administrar económica y financieramente los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes

El SIS tiene entre sus principales funciones las siguientes

- Establecer los derechos y extensión de la cobertura del seguro que se ofrezca a la población que pudiera tener interés en poder tomar el seguro, de acuerdo a los Planes de Aseguramiento en Salud.
- Conducir el proceso de afiliación de las personas que no se encuentren cubiertos por alguno de los sistemas de aseguramiento público, privado o mixto, de acuerdo a los procedimientos establecidos en la normatividad vigente.
- Contratar los servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos, privados o

mixtos, para garantizar la cobertura de los servicios de salud ofertados a los afiliados.

- Ofertar y brindar servicios de cobertura de riesgos en salud a sus afiliados en el marco del proceso de aseguramiento universal en salud, de acuerdo a los planes de aseguramiento y planes de beneficios.

Podemos apreciar que las funciones antes descritas concuerdan con los objetivos planteados por el SIS, los cuales, como institución, tienen la responsabilidad de evaluar el nivel de calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción en la atención de los beneficiarios, así como el otorgar servicios de calidad a los beneficiarios del SIS. Asimismo, en el ámbito sectorial, el SIS tiene como finalidad otorgarle a la población no asegurada la posibilidad de acceder a prestaciones de salud con equidad y calidad, priorizando siempre a aquellos que se encuentren en situación de pobreza y extrema pobreza.

Si bien el objetivo del SIS se centra en lograr el acceso a los servicios de salud, priorizando aquella población vulnerable y en situación de pobreza, también otorga una importancia especial al denominado Componente materno infantil, el cual, por su vulnerabilidad, es considerado prioritario. El SIS se presenta además como una institución orientada a enfrentar y reducir aquellas limitaciones en salud, tanto de orden económico, geográfico y, sobre todo, cultural.

Podemos agregar, además, respecto al tema cultural, que en los Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 del MINSA, se ubica como uno de los problemas prioritarios: “La reducida cobertura y aumento de la exclusión. Frente a esto, se propone como lineamiento de política, promover una atención integral en salud mediante la extensión y universalización del

aseguramiento en salud (a través del Seguro Integral de Salud-SIS, Es salud, y otros). El documento considera como una inversión social - en el sentido de promover la equidad - el hecho que el Estado asegure en temas de salud a aquellos ciudadanos que se encuentren en una situación de necesidad y pobreza. Poniendo especial énfasis en las mujeres en edad fértil, así como a la población infantil.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2015) señala que, por el lado de los derechos, el SIS cuenta con la Cartilla de derechos del asegurado al Seguro Integral de Salud, donde se brinda información al asegurado acerca de sus derechos, la cartilla cuenta con 10 puntos los cuales son:

- “Derecho a la atención de Emergencia” (p.1).
- “Derecho a decidir libremente” (p.1).
- “Derecho a conocer la identidad del personal que lo atiende” (p.1).
- “Derecho a la confidencialidad de su historia clínica.
- “Derecho a aceptar o rechazar su participación en la docencia e investigación médica” (p.1).
- “Derecho a presentar consultas, quejas y reclamos” (p.1).

MINSA (2015) señal que aparte de los derechos mencionados en el párrafo anterior, completan la lista los siguientes derechos, los cuales consideramos muy importantes y merecen tener un detalle adicional:

a. *Derecho a ser informado sobre:*

- “Los beneficios y exclusiones del SIS” (p.1).
- “Los servicios que ofrece el establecimiento de salud, horarios de atención, régimen de visitas” (p.1).
- “Su estado de salud, conocer su diagnóstico” (p.1).

- “Los beneficios y riesgos de los procedimientos médicos a los que será sometido, costo de atenciones, en el caso de que el SIS no las cubra” (p.1).

b. *Derecho a recibir atención de salud de calidad:*

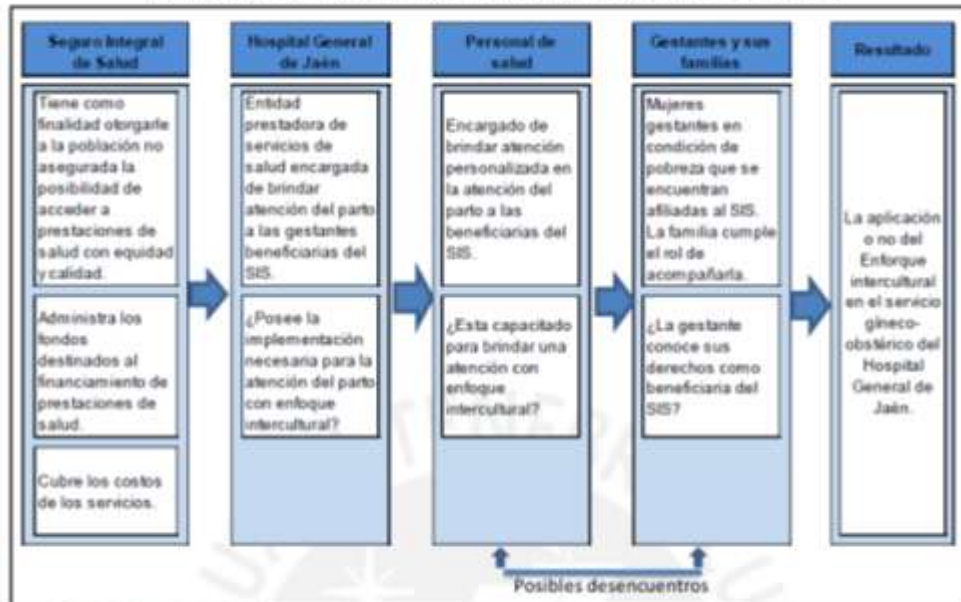
- Ser tratado con respeto a su dignidad, intimidad y sus derechos fundamentales.
- No ser rechazado ni discriminado por el establecimiento de salud, por ser afiliado al SIS o por su condición socioeconómica, raza, edad, sexo o estado de salud” (p.1).
- “Recibir atención integral que incluye exámenes de laboratorio, radiografías, ecografías, etc. cubiertas por el SIS de acuerdo a su necesidad” (p.1).
- “También tiene derecho a la continuidad de la atención en un sistema basado en la referencia y contra referencia” (p.1).

c. *Derecho a recibir medicamentos cubiertos por el SIS:*

- “Tiene derecho a recibir en forma gratuita” (p.1).
- “Tienen derecho a ser informado adecuadamente sobre el uso correcto, contraindicaciones y posibles efectos secundarios del medicamento que se prescribe” (p.1).

Por otro lado, dentro de la presente investigación, el SIS se relaciona con distintos actores, entre ellos tenemos al Hospital General de Jaén, al personal de salud que labora en el servicio gineco-obstétrico del Hospital y a las gestantes beneficiarias del SIS con sus familias. A continuación, podemos observar la relación entre todos estos actores.

RELACIÓN ENTRE EL SIS Y LOS ACTORES DEL SISTEMA



Fuente: <http://www.sis.gob.pe>
 Elaboración: Grupo de trabajo

Como podemos observar en la Figura N° 01, el SIS es una institución encargada de facilitar a la población beneficiaria el acceso a prestaciones de salud con equidad y calidad. Estas acciones se llevan a cabo relacionándose directamente con la entidad prestadora de servicios de salud, que en nuestro caso es el Hospital José Soto Cadenillas – Chota, pues es este último el que brinda el servicio de atención del parto. A su vez, esta atención se realiza a través del personal de salud, el cual tiene trato directo con las gestantes beneficiarias del SIS y con los familiares de estas. Es en esta interrelación en la que pueden darse posibles desencuentros, los cuales pueden ser causados por falta de información de la gestante y su familia acerca de sus derechos como beneficiaria del SIS, así como también por parte del personal de salud, en el sentido de desconocer las costumbres de las gestantes al momento del parto.

2.2.15 La mortalidad materna

En los últimos años, la muerte materna se ha convertido en uno de los principales problemas de inequidad en salud que aborda el Estado, según la OMS: la muerte materna se define como la muerte de una mujer durante los 42 días después de terminado el embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada con la gestación, agravada por esta o por su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Las causas de muerte están relacionadas principalmente por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Entre los factores de riesgo se encuentran los de orden económico, biomédico, cultural, etc. En este último factor se observa una mayor problemática, en el sentido que las tradiciones, creencias y costumbres, ejercen una gran influencia al acudir al centro de salud llegado el momento de dar a luz. Se tiene conocimiento que la problemática ha sido reconocida en nuestro país, e inclusive ha sido abordada en los lineamientos de política sectorial 2002-2012 del MINSA, y a su vez es combatida por el Seguro Integral de Salud, enmarcado en la política de Aseguramiento Universal en Salud. Sin embargo; si bien la razón de mortalidad materna en nuestro país muestra una tendencia descendiente con el transcurrir de los años (ver Figura 1), el componente cultural en el proceso de atención del parto constituye un desafío para el Estado, donde la ejecución de acciones respecto al tema resulta crucial. La Mortalidad Materna en el Perú Uno de los problemas más importantes que afronta nuestro país es el referido a la muerte materna. Durante años este problema ha consumido la vida de muchas mujeres, las cuales por diversos motivos - entre ellos la no atención en un establecimiento de salud - han perdido la vida y con ello han sumido en el abandono a sus familias.

Frente a esto, el Plan Nacional Concertado de Salud contempla como primer objetivo sanitario la reducción de la mortalidad materna reflejando la necesidad de realizar un trabajo integrado, con el objetivo de realizar un abordaje multisectorial al tema de salud, colocándolo en la

agenda de todos los sectores abordando de esta manera la mejora de los principales determinantes de salud, solo así se contribuirá efectivamente a alcanzar un mundo más saludable y seguro que todos los peruanos aspiramos. Cabe indicar que, en el Perú, desde el fin de la década de los 90 hasta el año 2003, la razón de mortalidad materna se calculó en 185 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, con este indicador se ubica al país dentro de aquellos con mayor mortalidad materna en Latinoamérica.



Figura1: Razón de Mortalidad Materna en el Perú.

Cabe destacar también que en nuestro país cada año fallecen mujeres por complicaciones durante su embarazo, y la mayoría de estas pertenece a las zonas rurales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, la alta razón de mortalidad materna se presenta en los territorios más pobres y excluidos del país. Esta situación se explica por múltiples factores, entre ellos, la no adecuación de los servicios de salud hacia las necesidades de las usuarias, quienes en muchos casos son mujeres que mantienen sus costumbres ancestrales al momento del parto. Estos establecimientos en su mayoría, no cuentan con los conocimientos, habilidades y equipamiento requeridos para proporcionar cuidados obstétricos esenciales y con enfoque intercultural. Por otro lado, se tiene conocimiento que el sistema de salud con enfoque biomédico no brinda espacios para que las gestantes participen en los procesos de atención

que están dirigidos a ellas. Esto se agrava por las barreras culturales y las relaciones interpersonales entre gestantes y el personal de salud: “más allá del problema de idioma, presente en un grado u otro en la mayoría de establecimientos rurales, el sistema oficial de salud es percibido predominantemente como ajeno, encapsulado en sí mismo, no integrado a la práctica cotidiana de la comunidad que lo alberga.

En este sentido, Chon, Montanez y Seinfeld (2011) menciona que el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico en su publicación Agenda 2011 menciona lo siguiente:

Reducir la mortalidad materna y neonatal requiere que tanto la madre como el recién nacido sean atendidos por profesionales de la salud con los recursos físicos adecuados durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, las principales barreras para lograr dichas atenciones son de orden económico, de accesibilidad y culturales. (p.5)

Chon et al. (2011) señala que, también una “adecuación cultural del parto implica priorizar la comodidad de la madre parturienta al momento de dar a luz, algunas de las prácticas que deben ser difundidas para las madres que lo requieran debe ser el parto vertical” (p.6), además, “la posibilidad de enterrar la placenta, la presencia de familiares al momento del parto, una temperatura del ambiente del parto cómoda, entre otras” (Chon et al.,2011, p.6)

Según lo descrito anteriormente, la mejora y adaptación de los cuidados obstétricos esenciales para un parto con enfoque intercultural debe ser la prioridad nacional en la lucha contra la mortalidad materna. Se hace necesario comprender la manera como la población utiliza los servicios de salud, con la finalidad de poder adaptar los servicios siguiendo dicho patrón de uso.

Para el desarrollo de nuestra investigación tomamos como referencia el estudio ¿Por qué se reduce tan lentamente la mortalidad materna en el Perú? Balances y desafíos, de Bruno Benavides, publicado por USAID y el MINSA a través del Proyecto 2000. El estudio enfoca a la mortalidad materna expresándola en términos de inequidad y pobreza. Podemos notar que Benavides considera a las costumbres como factores de riesgo en la lucha contra la mortalidad materna, además, considera necesario que exista personal de salud con conocimientos esenciales para una atención del parto que sea saludable y segura, a su vez considera también que los establecimientos de salud deben adecuar sus servicios haciéndolos más aceptables culturalmente. Por otro lado, el autor es optimista respecto al aumento de la institucionalización del parto en los establecimientos de salud en los últimos años, pero a su vez denota preocupación porque reconoce que estos cuidados no son adecuados culturalmente en los establecimientos de salud ubicados en lugares alejados. Benavides adopta un modelo, el cual permite evaluar estos servicios de salud. En este modelo, los cuidados obstétricos deben cumplir con varias características, entre ellas, la de accesibilidad, es ahí donde Benavides toca el tema de la interculturalidad en los servicios de salud, mencionando que un establecimiento de salud que brinda atención solo con un enfoque biomédico, excluye a aquellas gestantes que tienen una cultura diferente. Otra característica es la aceptabilidad, donde señala la importancia de que el personal de salud conozca la cultura local y sus necesidades, respetando su cultura y atrayendo así a las gestantes hacia los servicios de salud. Finaliza su estudio con propuestas de política que se orientan a cambiar las Instituciones del Estado en relación a los servicios que ofrecen.

Propone cambios en el sentido que los cuidados obstétricos sean esenciales, es decir, que ofrezcan garantía y sean seguros para las gestantes. Según Benavides para esto deben contar con los siguientes atributos: accesibilidad (se pueda contar con medicinas, recursos humanos capacitados y un equipamiento acorde con la realidad), equidad (que no existan limitaciones ni barreras de ningún tipo para ser atendidas),

efectividad (la atención obstétrica sea de acuerdo a procedimientos estandarizados y actuales que permita buenos resultados), eficiencia (atención de garantía a un bajo costo) y aceptabilidad (el proceso de atención debe de conocer su cultura y satisfacer sus necesidades). Por otro lado, en su estudio denominado Maternidad Segura, da lugar a las tradiciones y el reflejo de estas en la salud de las gestantes que las practican, considerando a la lejanía como principal motivo que genera el rechazo hacia su cultura, propiciando aún más la exclusión y la poca aceptación hacia el parto institucional. Afirma que la muerte materna es inaceptable, y lo enfoca por el lado del respeto a las costumbres cuando menciona que el respeto es la llave que abre la puerta de la vida. En el estudio también se expresa la problemática de la exclusión en la que viven las gestantes de las zonas alejadas y las diferencias en el cuidado de la salud materna entre una mujer de la zona urbana y la que proviene de zonas alejadas. Respecto al tema, el estudio hace referencia a la importancia que el parto sea atendido por profesionales de la salud, considerándolo como una de las principales causas de la mortalidad materna, en razón a que las parteras no se encuentran capacitadas para tratar las posibles complicaciones que puedan surgir durante el parto. Considera como alentador el aumento del parto institucional en nuestro país, pero a su vez reconoce que las profundas inequidades sociales “no permiten una maternidad libre de riesgos.

La UNICEF hace mención que, en diversas zonas del Perú, las mujeres prefieren dar a luz en sus domicilios en vez de hacerlo en el establecimiento de salud, dando como principales razones una serie de motivos socioculturales, entre ellos, que sus prácticas locales de salud no son reconocidas y el personal de salud no valora y tampoco conoce su cultura. El estudio considera también como principal factor que eleva la mortalidad materna al “uso exclusivo de prácticas tradicionales. Las cuales en muchos casos impiden que la gestante sea atendida a través de un parto institucional. El estudio culmina con una muestra de los avances que logró la UNICEF en nuestro país, orientados hacia la reducción de la mortalidad materna, señalando como logros “el haber

conseguido que las experiencias de las casas de espera maternas y la atención del parto con adecuación intercultural, sean adoptadas como políticas de estado por el MINSA.

Finalmente, se ha tomado como referencia para nuestra investigación, el trabajo que hace Sandro Parodi en el documento “Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios”, realizado con el apoyo de GRADE. En él, Parodi identifica factores no económicos (las actitudes culturales, el poder relativo de la mujer dentro del hogar y la geografía), que están limitando el acceso a los servicios de salud y que el SIS, no está considerando dentro de su estrategia de expansión. La evaluación afirma que el SIS tiene un efecto positivo sobre el acceso al parto institucional y ha superado la barrera económica, pero que éste no ha mejorado la equidad, pues mientras que en el área urbana el 88% de madres gestantes buscan atención profesional durante su parto, en el área rural solo lo hizo el 44%. Además, identificó que las barreras no económicas han limitado el acceso al SIS de gestantes más pobres y que son los segmentos de ingresos medios los que mejor han aprovechado mientras que el SIS incrementó en 26% puntos porcentuales la probabilidad promedio de las gestantes de los quintiles más pobres de atenderse en el MINSA, el incremento para las afiliaciones de los quintiles más ricos fue el 34% y 55.8%. El resultado de estos elementos encontrados permite afirmar que el SIS no ha alcanzado significativamente mejoras en la equidad.

El estudio se centra en tres tipos de barreras no económicas que están limitando el acceso a los servicios de salud: las actitudes culturales que contempla la posición del parto; tales como la percepción sobre la salud, creencias religiosas y actitudes. El segundo es el poder relativo de la mujer en el hogar; el cual reconoce que la toma de decisiones no es exclusiva de la mujer, sino que se da entre la familia. La tercera tiene que ver con la geografía; pues las distancias a los establecimientos de salud disminuyen la posibilidad de encontrar atención profesional.

Parodi finaliza señalando que las autoridades en salud deben reconocer la complejidad de la realidad peruana, por lo que el sistema de salud debe ser flexible y adaptable. Sugiere algunas medidas: identificar las poblaciones vulnerables en cada localidad, un sistema de salud que se adecue a la demanda, considerar a la pareja de la gestante en las políticas de salud materna y por último expandir las coberturas del SIS a las gestantes que viven en zonas alejadas.

2.2.16 La mortalidad materna en Chota.

En la DISA Chota la mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública por el número de casos que anualmente ocurren, hasta el año 2011 la tendencia a disminuir persistió, pero desde el año 2012 se observa una tendencia al incremento, alcanzando un valor alto en el año 2013.

**Razón de mortalidad materna según lugar de ocurrencia
DISA CHOTA 2008 - 2013**

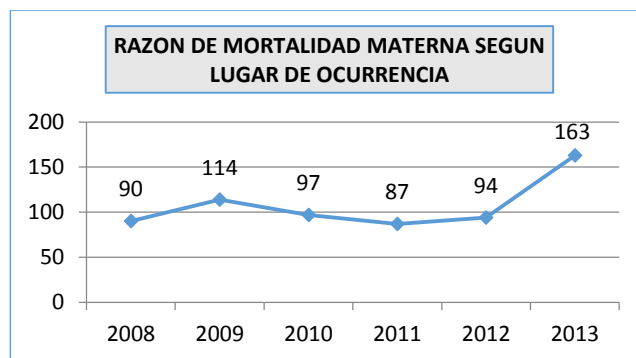


Figura 2: Razón de mortalidad materna según lugar de ocurrencia
FUENTE: Viga. Epidemiología. DIRESA

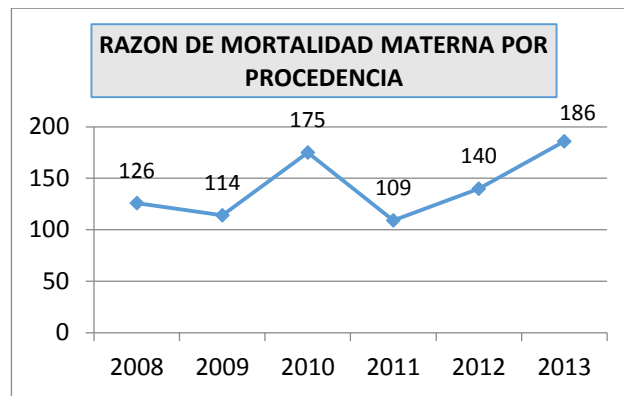


Figura 3: Razón de mortalidad materna por procedencia
Fuente: OEI DISA CHOTA- Dirección de Epidemiología

También en muy pocos casos se está teniendo en cuenta la opinión de las gestantes con respecto a la calidad de atención que se les brinda en su Control Prenatal, debido a que el personal de salud se rige por las normas y políticas establecidas por el gobierno, dejando a un lado el sentir de cada una de ellas. Teniendo en cuenta la problemática anterior nos damos cuenta que una de las más importantes acciones para contribuir en la reducción de la mortalidad materna es el desarrollo de un excelente control prenatal de la gestante.

Tabla 4

Muertes maternas VS. Registro de nacimientos vivos

AÑOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MUERTES MATERNAS	14	14	14	8	5	6	5	4	4	7
R.N. VIVOS	6218	5568	5261	5663	5552	5282	5146	4596	4274	4298

Fuente: OEI DISA CHOTA- Dirección de Epidemiología

Tabla 5

Muertes maternas ocurridas según Provincias - Año 2013

RED	NACIDOS VIVOS	N° DE CASOS	EE.SS DE APN	DISTRITO PROCEDENCIA	EE.SS DE OCURRENCIA
Chota	2559	3	C.S. Chala marca C.S. Querocoto C.S. Tacabamba	Chalamarca Querocoto Tacabamba	H.JSC C.S Tacabamba
Hualgayoc-Bambamarca	1323	3	P.S. Huilcate Hosp Bambamarca	Bambamarca Cortegana	-
Santa Cruz	416	1	P.S. Tostén	Pulán	-
DISA	4298	7			

Fuente: OEI DISA CHOTA- Dirección de Epidemiología

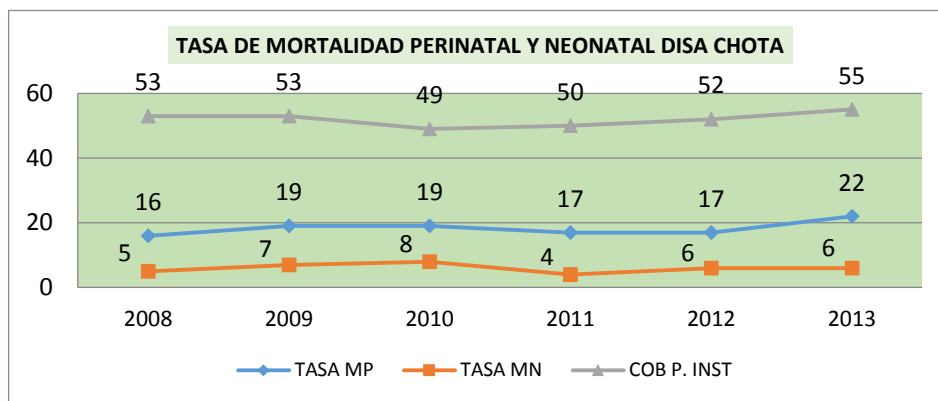


Figura 4: Tasa de Mortalidad Perinatal y Neonatal vs Cob. Parto Institucional DISA Chota Año 2008– 2013

Fuente: OEI DISA CHOTA- Dirección de Epidemiología

Tabla 6

Muertes perinatales neonatales ocurridas según redes de salud - año 2013

RED DE SALUD	NACIDOS VIVOS	MUERTE PERINATAL		MUERTE NEONATAL	
		NUMERO DE CASOS	TASA	NUMERO DE CASOS	TASA
CHOTA	2559	60	23.4	18	7.0
HUALGAYOC-BAMBAMARCA	1323	26	19.6	5	3.7
SANTA CRUZ	416	7	16.8	3	7.2
TOTAL	4298	93	21.6	26	6.0

Fuente: OEI DISA CHOTA- Dirección de Epidemiología

Tabla 7

Muertes fetales y neonatales años 2012 – 2013

AÑO	2012					2013				
	MUERTE RED	FETAL ANTEPARTO	FETAL INTRAPARTO	NEONATAL < 24 HORAS	NEONATAL 1-7 DIAS	NEONATAL 8-28 DIAS	FETAL ANTEPARTO	FETAL INTRAPARTO	NEONATAL < 24 HORAS	NEONATAL 1-7 DIAS
Chota	14	7	9	5	3	31	12	15	2	1
HualgayocBambamarca	12	13	5	0	0	14	7	3	2	0
Santa Cruz	2	3	2	2	0	0	4	3	0	0
DISA	28	23	16	7	3	45	23	16	7	3
TOTAL DISA		51 (65%)		26 (35%)		68 (72%)		26 (28%)		

Fuente: OEI DISA CHOTA- Dirección de Epidemiología

2.2.17 Calidad del servicio del Seguro Integral de Salud (S.I.S.).

La Dirección Regional de Salud - Chota, está conformado por tres provincias Chota, Santa Cruz y Hualgayoc, cuya población es eminentemente pobre y pobres extremos. Por lo tanto, la mayor parte de la población es usuaria de los servicios de los establecimientos de salud, siendo el Seguro Integral de Salud (SIS) el programa social del estado que subsidia las atenciones de salud.

Desde que apareció el Seguro Integral de Salud (SIS), tanto para el Estado Peruano como para la población es vista como una oportunidad de mejorar, las condiciones de vida de la población, la misma que demanda atención – de calidad – por parte de los, profesionales que son prestadores de servicios de salud.

En el proceso de atenciones realizadas hasta el momento han tenido diferentes formas de manejo y cambios en normatividad y han ido puliendo los vacíos, que ha existido, cuyos cambios siempre han buscado beneficios para la población, para lo cual el personal de salud debe estar

preparado para atender con las ofertas que hace el seguro de salud sin descuidar los ingresos de la institución establecimiento de salud, para esto es primordial que el prestador este informado de la normatividad porque existe aún situaciones de salud no cubiertas por el SIS, lo que implica un malestar para la población y de hecho enfrenta al personal con el usuario.

La atención a los usuarios implica generar evidencias del trabajo realizado, cuyo instrumento actual es al Formato Único de Atención (FUA), el mismo que es registrado por el personal en los establecimientos de salud. Así mismo debe estar descrito en su respectiva Historia Clínica.

Según Díaz en el 2013 en su propuesta de intervención para mejorar la producción de atenciones del Seguro Integral de Salud en la Dirección Subregional de Salud Chota, nos expresa que:

(...) en el año 2011, se ha tenido solo una concentración de 4 atenciones por asegurados al año, solo el 75% de los usuarios afiliados al Seguro Integral de Salud, han acudido al menos una vez al año para una atención dejando el 25 % de los afiliados sin atenciones SIS.

En el año 2012, hasta octubre, se tiene la misma tendencia, con una clara disminución de la concentración de atenciones en niños menores de 1 año, esto básicamente porque solo se tiene el 32% de población Afiliada al SIS, en el resto de grupos etáreos existen brechas en prestaciones según corresponde a su edad del asegurado, siendo entre ellos el suplemento nutricional, consejería nutricional, trabajo extramural, controles prenatales, profilaxis antiparasitaria, atenciones de los adolescentes, entre otras.

Se ha identificado que el personal nombrado en los establecimientos de salud hacen muy poca cantidad de atenciones SIS o no hacen ninguna, teniendo como argumentos: que trabajen los contratados que ganan más, que de eso les pagan, yo ya trabajé hace tiempo ahora le toca a los profesionales jóvenes, no sé cómo hacer las

atenciones porque no asistí a las capacitaciones, el reembolso de presupuesto SIS solo es manejado por los jefes y no dan cuenta, entre otros.

Así mismo, el personal SERUMS, es entrenado en muy poco tiempo, el mismo que en las actividades en su establecimiento de salud no registra Formatos de Atenciones (FUAs), porque no sabe y aún no tiene la habilidad para desarrollar actividades con los asegurados.

En el 2012, se ha incrementado la producción SIS en 10% en relación al promedio de producción del año 2011, lo cual es aún insuficiente por la cantidad de población afiliada al SIS y las oportunidades perdidas para registro en FUAs las actividades desarrolladas.

2.3 Marco conceptual

Control prenatal.

Control prenatal se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. (Anónimo, 2014, párr.1)

Atención prenatal.

La atención prenatal es un conjunto de acciones médicas o asistenciales que se le realiza a la mujer gestante, concretizada en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar su embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto; tiene por finalidad disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

Control integral.

Este garantizará las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a.

Organización de los servicios de salud.

La organización de los servicios de salud en el primer nivel, permite brindar una atención integral, integrada y continúa a la población, favoreciendo la conformación de redes de servicios y el desarrollo de acciones a nivel individual, familiar y comunitario.

Para ello se requiere contar con equipos de salud que tengan una población y un territorio definidos a su cargo; organización de los recursos a través de determinar brechas existentes entre los recursos mínimos necesarios (infraestructura, equipos y personal) y los recursos existentes y la elaboración de un croquis y censo, que permita generar una línea de base para fijar prioridades y metas de salud de cada sector.

Seguro Integral de Salud.

El Seguro Integral de Salud, elimina la barrera económica; beneficia a las poblaciones pobres, por eso es importante la información de su existencia a la comunidad, las familias y las personas, para lograr afiliar al 100% de las gestantes más pobres y excluidas y así incrementar la cobertura de afiliación.

Calidad de atención.

La calidad de los servicios de salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud. Por otro lado, la calidad en la atención se refleja también en el bienestar de las personas: es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnóstico y terapéuticos más adecuados

para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Por su parte, La Dra. Elsa Moreno (Docente de la Universidad de Tucumán- Argentina), menciona lo siguiente: Cuando intentamos definir calidad de atención, usualmente nos referimos a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Hipótesis

H₁: Existe relación significativa entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota – 2015.

H₀: No existe relación significativa entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota – 2015.

3.2 Variables

Variable 01: Cuidado prenatal.

3.2.1 Definición conceptual.

Según Anónimo (2014) señala que cuidado o control prenatal se define como, “el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna” (párr.1), además, “el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién

nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (Anónimo, 2014, párr.1).

3.2.2 Definición operacional.

La variable será evaluada a través de una encuesta que tiene 20 ítems y cuya categorización es:

- Cuidado pre natal óptimo
- Cuidado prenatal no óptimo

Variable 02: Atención.

3.2.3 Definición conceptual

La atención prenatal del SIS es un conjunto de acciones médicas o asistenciales que se le realiza a la mujer gestante, concretizada en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar su embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto; tiene por finalidad disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

3.2.4 Definición operacional.

La variable será evaluada a través de una encuesta que contiene 20 ítems y cuya categorización es:

- Malo
- Regular
- Bueno

VARIABLE 01	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	TÉCNICAS Y /O INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CUIDADO PRENATAL	CUIDADO MATERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta control sanguíneo y gineco obstétrico - Evidencia resultados de exámenes para prevención de enfermedades de transmisibles y no transmisibles 	1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18	Ordinal	Óptimo No Óptimo	Observación Análisis de Contenido Lista de Cotejo
	CUIDADO FETAL	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta exámenes de salud fetal - Evidencia control de edad gestacional - Demuestra formas de presentación correctas en los meses de gestación 	4,17,19,20			

VARIABLE 02	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	CATEGORIAS	ESCALA	TECNICAS Y/O INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS
ATENCIÓN	ATENCIÓN OBJETIVA	Tecnología de los equipos	1, 2,3,4,5,6,7, 10	Malo Regular Bueno	Ordinal	Observación Análisis de Contenido Encuesta
		Apariencia del personal				
		Señalizaciones internas				
		Apariencia de los ambientes				
		Información de tratamientos				
		Tiempo de espera				
		Accesibilidad				
		Puntualidad en la atención				
	Duración de la atención					
	ATENCIÓN SUBJETIVA	Interés del personal por cumplir lo que promete	8,9,11,12,1 3,14,15,16, 17,18 y 19			
		Interés del personal por solucionar sus problemas				
		Rapidez en solucionar los problemas				
		Disposición del personal por ayudar al usuario				
		Seguridad que trasmite el personal				
		Cortesía del personal				
		Capacitación del personal				
		Capacitación del operador				
		Trato personalizado				
		Comprensión de necesidades				

3.3 Metodología

3.3.1 Tipo de estudio.

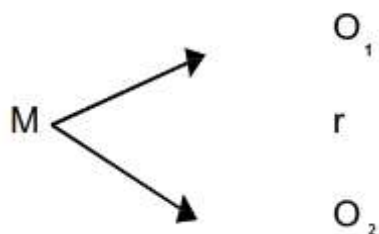
Sustentándome en, Se trata de una Hernández et al señala que Investigación no experimental porque no replica el fenómeno a estudiar. Así mismo se trata de una, investigación descriptiva, porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. La investigación correlacional asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

Por lo tanto, el presente proyecto de investigación es de tipo no experimental descriptivo correlacional transversal, puesto que va a establecer la relación que existente entre el clima organizacional con la satisfacción laboral del personal que trabaja en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota.

3.3.2 Diseño.

El Diseño utilizado fue correlacional porque se examinaron los efectos de las variables, asumiendo que la variable independiente ha ocurrido señalando efectos sobre la variable dependiente.

Esquema:



Dónde:

M = Gestante del Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota

O₁ = Cuidado pre natal

O₂ = Atención

r = Relación de las variables de estudio.

3.4 Población y muestra.

3.3.1 Población.

La población para la investigación estará constituida por 107 gestantes afiliadas al SIS (Seguro Integral de Salud) gestantes del Seguro Integral de Salud del Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota, 2015.

3.3.2 Muestra.

La muestra es un subconjunto de la población, seleccionado de tal forma, que sea representativo de la población en estudio, pero dado el tamaño de la población hemos considerado el total de la misma es decir una muestra censal conformada por 107 gestantes.

3.5 Métodos de investigación

Esta investigación estuvo Observación: Proceso de conocimiento por el cual se perciben deliberadamente ciertos rasgos existentes en el objeto de conocimiento.

Análisis. Es un procedimiento mental mediante el cual un todo complejo se descompone en sus diversas partes y cualidades. El análisis permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes

Síntesis. Establece mentalmente la unión entre las partes previamente analizadas y posibilita descubrir las relaciones esenciales y características

generales entre ellas. La síntesis se produce sobre la base de los resultados obtenidos previamente en el análisis.

Abstracción. Mediante ella se destaca la propiedad o relación de las cosas y fenómenos tratando de descubrir el nexo esencial oculto e inasequible al conocimiento empírico.

Por medio de la abstracción el objeto es analizado en el pensamiento y descompuesto en conceptos; la formación de los mismos es el modo de lograr un nuevo conocimiento concreto

Inductivo. Procedimiento mediante el cual a partir de hechos singulares se pasa a proposiciones generales, lo que posibilita desempeñar un papel fundamental en la formulación de la hipótesis.

Dedución. Es un procedimiento que se apoya en las aseveraciones y generalizaciones a partir de las cuales se realizan demostraciones o inferencias particulares. Las inferencias deductivas constituyen una cadena de enunciados cada uno de los cuales es una premisa o conclusión que se sigue directamente según las leyes de la lógica conformada por la sección B, como grupo experimental.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas.

En el presente estudio se utilizarán las siguientes técnicas de investigación:

De gabinete: El fichaje.

Se utilizará para fijar conceptos y datos relevantes, mediante la elaboración y utilización de fichas para registrar organizar y

precisar aspectos importantes considerados en las diferentes etapas de la investigación. Las fichas utilizadas fueron:

Ficha de resumen. Serán utilizadas en la síntesis de conceptos y aportes de diversas fuentes, que fueron organizados concisa y pertinentemente en estas fichas, particularmente sobre contenidos teóricos o antecedentes consultados.

Ficha textuales. Utilizaran en la transcripción literal de contenidos, sobre su versión bibliográfica o fuente informativa original.

Fichas bibliográficas. Se utilizarán en el registro permanente de datos sobre las fuentes recurridas y consultadas que darán el soporte científico correspondiente a la investigación.

De campo.

Fichas de observación. Son instrumentos de la investigación de campo que se usan cuando el investigador debe registrar datos que aportan otras fuentes como son personas, grupos sociales o lugares donde se presenta la problemática. Son el complemento del diario de campo, de la entrevista y son el primer acercamiento del investigador a su universo de trabajo.

Encuestas. Mediante un cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado. A diferencia de la entrevista, el encuestado lee previamente el cuestionario y lo responde por escrito, sin la

intervención directa de persona alguna de los que colaboran en la investigación.

3.6.2 Instrumentos

Los instrumentos a utilizarse en la investigación serán:

- Lista de cotejo sobre cuidado prenatal
- Encuesta Sobre atención en el Seguro Integral de Salud

3.7 Validación y confiabilidad del instrumento

3.7.1 Lista de cotejo sobre cuidado prenatal.

La lista de cotejos fue elaborada según la operacionalización de la variable cuidado prenatal y en base a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el cuidado de la gestante en américa latina.

La validez se obtuvo sometiendo a la variable a juicio de expertos.

3.7.2 Encuesta sobre atención en el Seguro Integral de Salud.

Este instrumento fue elaborado según la operacionalización de la variable atención. A continuación, se puede observar la validez y confiabilidad en la ficha técnica del instrumento:

FICHA TÉCNICA

1. **Título** :

CUIDADO PRENATAL DE LA GESTANTE Y LA ATENCIÓN QUE RECIBE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS DE LA PROVINCIA DE CHOTA - 2015.
2. **Autores** : Br. LUZ MARIBEL ALARCÓN CORONEL
3. **Procedencia** : Chiclayo
4. **Administración** : Individual
5. **Duración** : 40 minutos
6. **Aplicación** : Gestantes del Hospital José Soto Cadenillas de La Provincia de Chota
7. **Significación** : Manejo de información
8. **Administración y calificación:**

Se administró utilizando los siguientes materiales:
 - Hoja de respuesta
 - Lápiz o lapicero
9. **Consigna**

La presente encuesta forma parte del trabajo de investigación, consta de 19 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.
10. **Baremación** : Autor

Tabla 1*Generación de baremos para objetivos específicos*

Escala de calificación	Calidad
1	Malo
2	Regular
3	Bueno

Validez de contenido.

Según Rodríguez (2012) “para la validez de contenido se realizó juicio de expertos, para la validez de constructo se realizó el análisis factorial exploratorio” (p.42), encontrándose un $KMO=0,823$ “(sobresaliente según clasificación de Káiser) y la prueba de esfericidad de Barlett que nos determinó una correlación significativa para todos los factores, como lo vemos en la tabla” (Rodríguez, 2012, p.43).

Tabla 2*KMO y prueba de Bartlett^a*

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,823
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	342,994
	Gl	6
	Sig.	,000
a. Basado en correlaciones		

“Por lo que el análisis factorial exploratorio confirma la estructura del instrumento en 2 factores: calidad subjetiva (ítems 4,9,11,12,13,14,15, 16,17,18) y calidad objetiva (ítems1,2,3,5,6,7,8,10,19).” (Rodríguez, 2012, p.29).

Rodríguez (2012) “para la confiabilidad se usó el alfa de Cronbach, donde se obtuvo una alta consistencia interna, como se aprecia en el siguiente cuadro” (p.43):

Tabla 3

Análisis de fiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
	Válidos	107	100,0
Casos	Excluidos	0	,0
	Total	107	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,970	19

Se diseñó un cuestionario de 19 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach: Mediante la varianza de los ítems.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Dónde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento es de 0,970 indicando que es altamente confiable

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados

Tabla 1

Distribución del cuidado pre natal según la dimensión cuidado materno de la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	36	33,6
No óptimo	71	66,4
<i>Total</i>	<i>107</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015

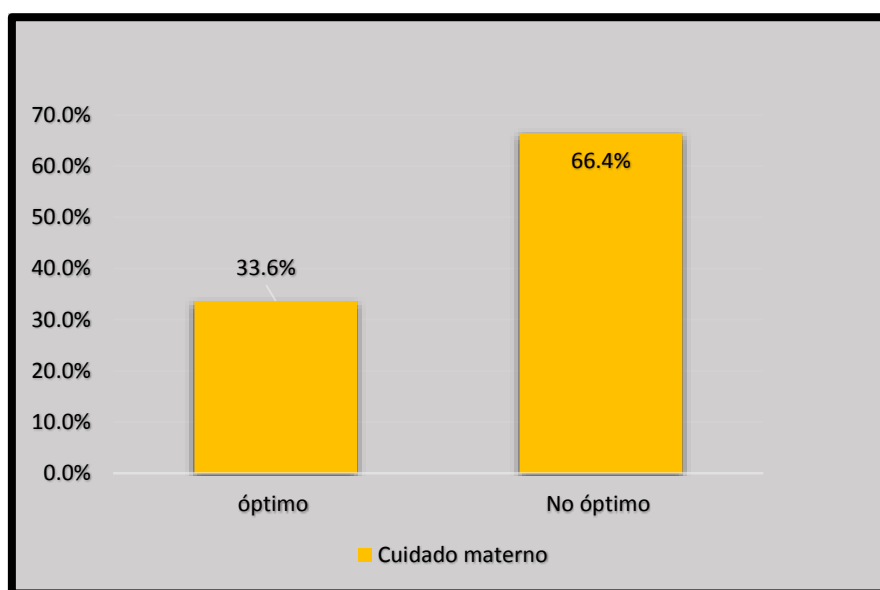


Gráfico 1

Interpretación.

En la tabla y gráfico 1 se muestra el cuidado pre natal según la dimensión cuidado materno como sigue: 36 (33,6%) de las madres opina que es óptimo; 71(66,4%) de las madres opinan que es no óptimo, siendo este el porcentaje más alto.

Tabla 2

Distribución del cuidado pre natal según la dimensión cuidado fetal de la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	13	12,1
No óptimo	94	87,9
<i>Total</i>	<i>107</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015

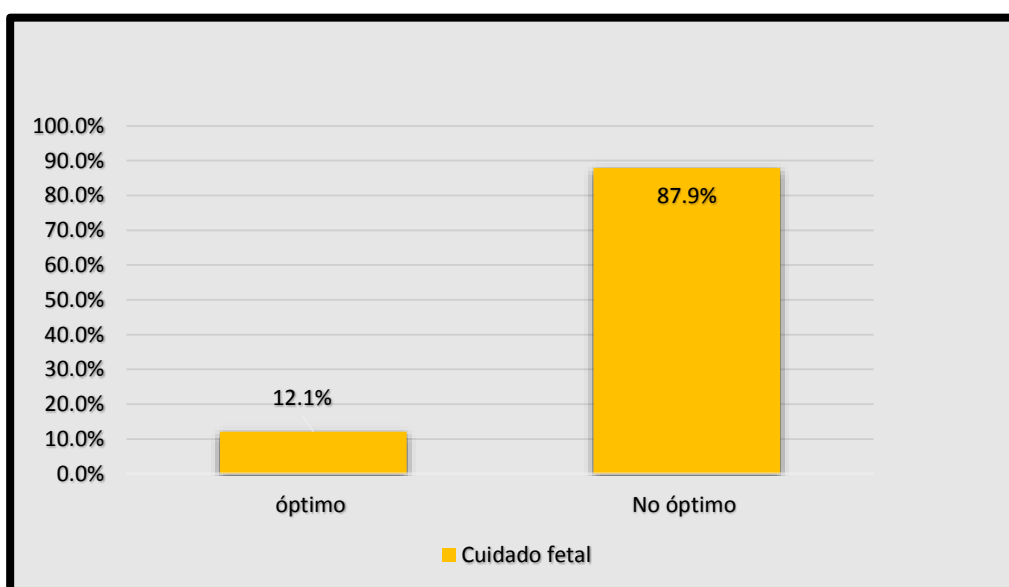


Gráfico 2

Interpretación.

En la tabla y gráfico 2 se muestra el cuidado pre natal según la dimensión cuidado fetal como sigue: 13(12,1%) de las madres opina que es óptimo; 94(87,9%) de las madres opinan que es no óptimo, siendo este el porcentaje más alto.

Tabla 3

Distribución del estado actual del cuidado prenatal de la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Óptimo	18	16,8
No óptimo	89	83,2
<i>Total</i>	<i>107</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015

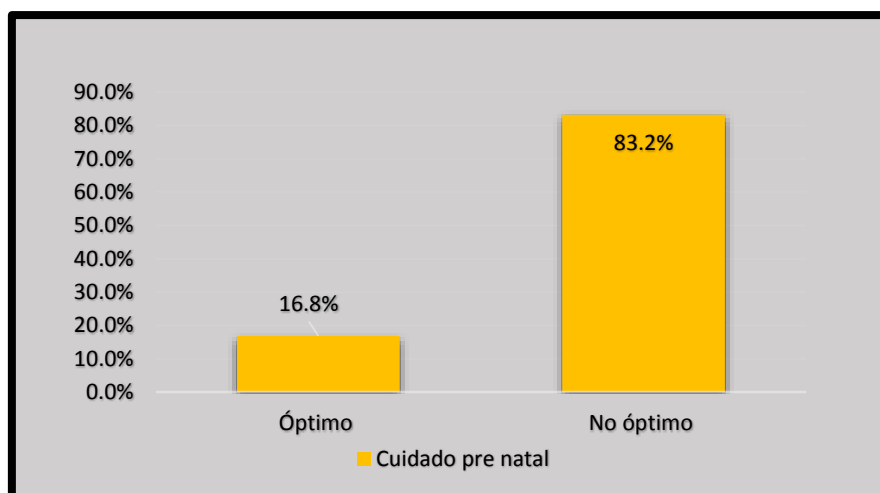


Gráfico 3

Interpretación.

En la tabla y gráfico 03 se muestra el estado actual del cuidado pre natal como sigue: 18(16,8%) de las madres opina que es óptimo; 89(83,2%) de las madres opinan que es no óptimo, siendo este el porcentaje más alto

Tabla 4

Distribución de la calidad de atención según la dimensión atención subjetiva a la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Malo	18	16,8
Regular	51	47,7
Bueno	38	35,5
Total	107	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015

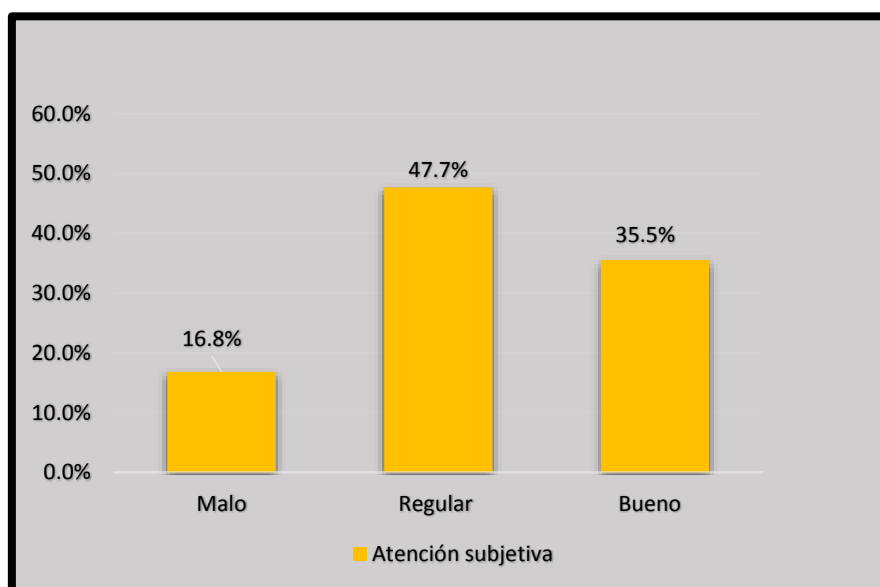


Gráfico 4

Interpretación.

En la tabla y gráfico 4 se muestra la calidad de la atención según la dimensión atención subjetiva como sigue: 18(16,8%) de las madres gestantes opinan que es malo; 51(47,7%) de las madres gestantes opinan que es regular y 38(35,5%) de las madres gestantes opinan que es bueno.

Tabla 5

Distribución de la calidad de atención según la dimensión atención objetiva a la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	22	20,6
Regular	63	58,9
Bueno	22	20,6
<i>Total</i>	<i>107</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015

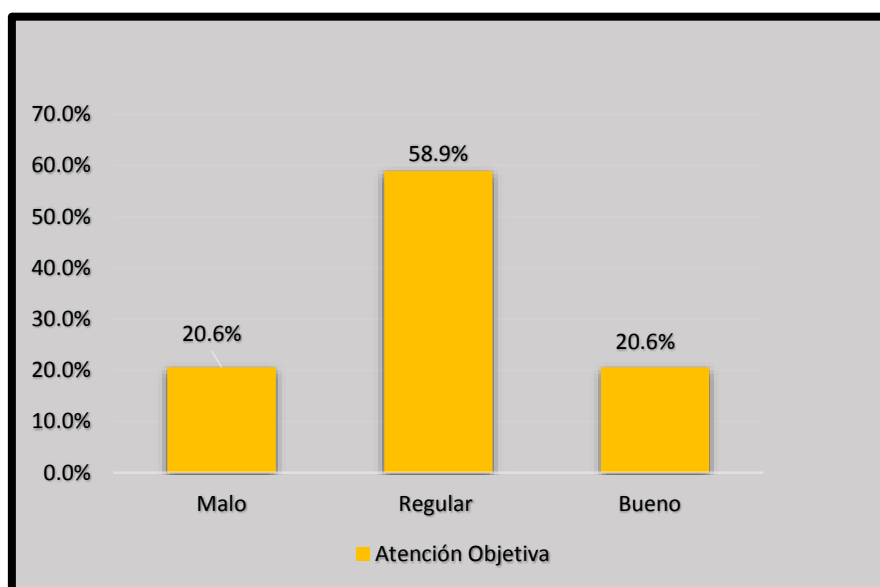


Gráfico 5

Interpretación.

En la tabla y gráfico 5 se muestra la calidad de la atención según la dimensión atención objetiva como sigue: 22(20,6%) de las madres gestantes opinan que es malo; 63(58,9%) de las madres gestantes opinan que es regular y 22(20,6%) de las madres gestantes opinan que es bueno.

Tabla 6

Distribución de la calidad de atención que brinda a la gestante el Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	20	18,7
Regular	62	57,9
Bueno	25	23,4
<i>Total</i>	<i>107</i>	<i>100,0</i>

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015

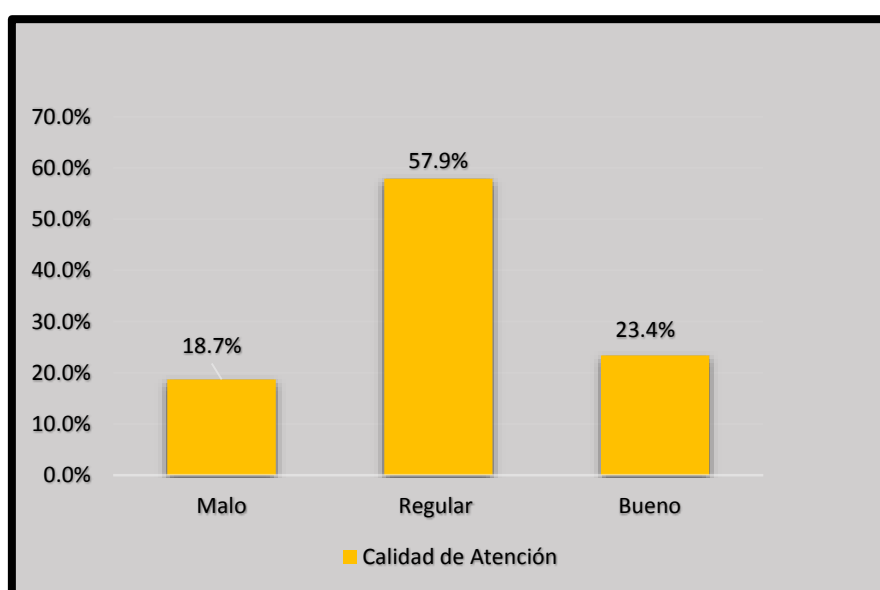


Gráfico 6

Interpretación.

En la tabla y gráfico 6 se muestra la calidad de la atención que brinda a la gestante el seguro integral de salud como sigue: 20(18,7%) de las madres gestantes opinan que es malo; 62(57,9%) de las madres gestantes opinan que es regular y 25(23,4%) de las madres gestantes opinan que es bueno.

Tabla 7

Distribución de la calidad de atención con relación al cuidado prenatal que brinda a la gestante el Seguro Integral de Salud el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

		Calidad de la Atención			Total	
		malo	regular	bueno		
Cuidado pre natal	Optimo	Frecuencia	3	13	2	18
		Porcentaje	2,8%	12,1%	1,9%	15,6%
	No Optimo	Frecuencia	17	49	23	89
		Porcentaje	15,9%	45,8%	21,5%	83,2%
Total	Frecuencia	20	62	25	107	
	Porcentaje	18,7%	57,9%	23,4%	100,0%	

Fuente: Encuesta aplicada a la gestante del Seguro Integral de Salud – Hospital José Soto Cadenillas – Chota 2015.

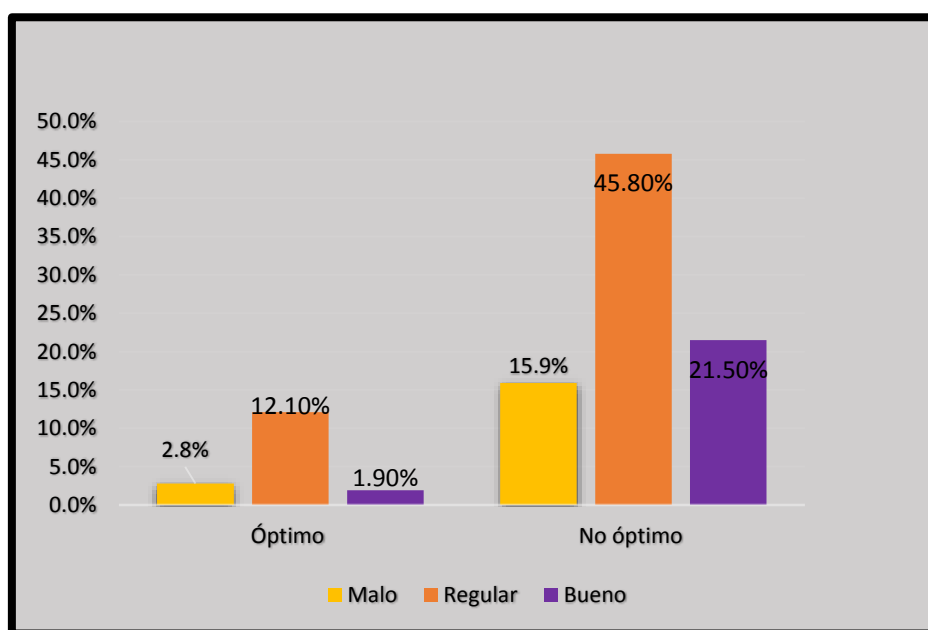


Gráfico 7

Interpretación.

En la tabla y gráfico 7 se muestra la distribución calidad de la atención en relación con el cuidado pre natal, como sigue: de las gestantes que opinaron que el cuidado pre natal es óptimo se tiene que 3(2,8%) opina que la calidad de la atención es mala; 13(12,1%) opina que la calidad de la atención es regular y 2(1,9%) opina que la calidad de la atención es buena.

De las gestantes que opinaron que el cuidado pre natal es no óptimo se tiene que 17(15,9%) opina que la calidad de la atención es mala; 49(45,8%) opina que la calidad de la atención es regular y 23(21,5%) opina que la calidad de la atención es buena.

Luego se puede observar que existe un porcentaje alto que opina que la calidad de la atención debe mejorar.

Tabla 8

Relación entre la calidad de atención con relación al cuidado prenatal que brinda a la gestante el Seguro Integral de Salud el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota – 2015.

	Valor	Error típ. asint.	Sig. aproximada
R de Pearson	,071	,082	,043
N de casos válidos	107		

Interpretación.

En tabla 08 se muestra que la relación entre la calidad de atención y el cuidado pre natal, es de $r = 0,071$ que significa que es débil y positivo, lo que indica que si mejora la calidad de la atención mejora el cuidado pre natal, que brinda a la gestante el Seguro integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la Provincia de Chota, además es significativa pues se tiene que la significancia encontrada es menor a 0,05 que fue propuesto.

4.2 Prueba de contrastación de la hipótesis

	N	Media	Desviación típica
Calidad de Atención	107	47,08	0,569
Cuidado Pre natal	107	7,83	0,479

Se puede observar con respecto a la calidad de atención el promedio es de 43,15 que indica que las gestantes opinan que la atención es regular, mientras que el cuidado prenatal el promedio es de 7,83 que indica que las gestantes opinan que es no óptimo.

Luego se plantea:

Hipótesis nula H₀. No existe relación significativa entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota – 2015.

Hipótesis alternativa H₁. Existe relación significativa entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota – 2015.

Ahora probaremos que el modelo presentado se ajusta a las observaciones, para esto aplicaremos la distribución Chi cuadrada, con un nivel de significancia de 0,05; usaremos para esto el estadístico:

$$\chi^2_{\text{calculado}} = \frac{\sum(O-E)^2}{E}$$

O: Valor observado

E: Valor esperado

gl: k -1 grados de libertad.

Como sigue:

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,200	2	,033
N de casos válidos	107		

En el caso se considera 2 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,033 entonces se tiene que el valor $2,2 < 5,99$, que indica que el valor encontrado se encuentra fuera de la zona de aceptación, rechazando la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alternativa. Luego podemos concluir existe relación significativa entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota – 2015.

4.3 Discusión de los resultados

Sobre el estado actual del cuidado prenatal de la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José soto cadenillas el 83,2% de las madres opinan que no es óptimo, siendo este el porcentaje más alto estos resultados se corroboran con el estudio de Pérez (2013) En su investigación, “Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011” (p.1), quienes concluyen que “las usuarias son jóvenes, en unión estable, con estudios básicos y no más de 3 hijos. La cobertura es extensa (93%), llegan al parto con 5 o más controles un 66%” (Pérez, 2013, p.6), y, “el primer control es tardío (sólo un 25% consulta en el primer trimestre). La valoración clínica del CPN no es completa, los exámenes complementarios son realizados en un 78.7%” (Pérez, 2013, p.6), teniendo en cuenta que, “las actividades de profilaxis se realizan en la mayoría, no así las actividades educativas. La morbimortalidad perinatal sigue siendo más alta que en la provincia y el país” (Pérez, 2013, p.6). y por último, “los hallazgos de este trabajo revelan que los diferentes patrones de utilización no pueden ser entendidos si no se tiene en cuenta el papel fundamental de las desigualdades sociales en el territorio” (Pérez, 2013, p.6).

Sobre la calidad de atención que brinda el Seguro Integral de Salud a las gestantes en el Hospital José Soto Cadenillas el 57,9 % de las madres gestantes opinan que es regular, estos resultados se corroboran con la investigación de Alfaro y Campos (2014) En su investigación “Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, durante el año 2012” (p.1) quien concluye que “hay escasa o casi nula participación de los y las profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, en el proceso del control prenatal, a pesar de que la legislación nacional” (Alfaro & Campos, 2014, p.2), y “estudios reconocen que estos y estas profesionales cuentan con las competencias necesarias para brindar un adecuado control” (Alfaro & Campos, 2014, p.2).

Sobre la relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante en el Hospital José Soto Cadenillas los resultados afirmaron que el 45,8 % opina que la calidad de la atención es regular, sobre la relación se concluye que es débil y positivo, lo que indica que si mejora la calidad de la atención mejora el cuidado pre natal, Luego podemos concluir que existe relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota; este estudio se corrobora con la investigación de Blossiers (2010) en su investigación, “Interacción entre el personal de salud y las jóvenes Embarazadas durante el control prenatal” (p.1) las conclusiones obtenidas señalan que “la interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el sexo del personal de salud y tiene significados diferentes para las gestantes” (Blossiers, 2010, p.337), por lo que se “debe tenerse en cuenta esta información para mejorar la atención en el control prenatal de las adolescentes” (Blossiers, 2010, p.337).

CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En la contratación de hipótesis, según el estadístico X^2 cuadrado, se tiene un valor de 2 grados de libertad y con un nivel de significancia de 0,033 entonces se tiene que el valor $2,2 < 5,99$, que indica que el valor encontrado se encuentra fuera de la zona de aceptación, rechazando la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alternativa. Por lo que se concluye que existe relación significativa entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota – 2015.

Teniendo en cuenta las dimensiones del cuidado pre natal en ambas se obtiene que el 66,4% y el 87,9% de las madres del grupo de estudio opinan que no es óptimo tanto el cuidado materno como el cuidado fetal respectivamente.

Sobre el estado actual del cuidado prenatal de la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas el 83,2 % de las madres opinan que no es óptimo, siendo este el porcentaje más alto.

Considerando las dimensiones de la calidad de atención, las madres gestantes en la atención subjetiva y objetiva opinan que es regular con un 47,7% y 58,9% respectivamente.

Sobre la calidad de atención que brinda el Seguro Integral de Salud a las gestantes en el Hospital José Soto Cadenillas el 57,9 % de las madres gestantes opinan que es regular.

Sobre la relación entre el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante en el Hospital José Soto Cadenillas los resultados afirmaron que el 45,8 % opina que la calidad de la atención es regular, sobre la relación se concluye que es débil y positivo, lo que indica que si mejora la calidad de la atención mejora el cuidado pre natal, Luego podemos concluir que existe relación entre

el cuidado prenatal y la atención que recibe la gestante del Seguro Integral de Salud en el Hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota.

Sugerencias

Se sugiere implementar un programa de calidad en la atención a la madre gestante dirigido al personal de salud del hospital José Soto Cadenillas de la provincia de Chota

Diseñar un plan piloto de parto, el cual consiste en la programación, proyección y previsión que realiza la pareja y la familia con apoyo de los proveedores de salud para la atención del parto de la gestante.

Establecer políticas de mejora, dado que se identificará de manera real las consecuencias positivas o negativas de la relación entre las variables ya descritas.

Programar encuestas a las gestantes para conocer su opinión con respecto a la calidad de atención que se les brinda en los Centros de Salud, ya que ellas con sus aportes, podrán contribuir en el mejoramiento de la atención tanto para las gestantes, como para sus bebés.

A las madres de familia, acudir a los controles oportunamente, ya que esto permitirá evaluar el desarrollo del bebé y también prevenir situaciones que se puedan presentar durante el parto, tanto para la madre y el nuevo ser.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, N., & Campos, G. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Revista Enfermería Anual de Costa Rica*(26), 1-20. doi:E-ISSN: 1409-4568

Anónimo. (2005a). *Problemas de Salud de la Mujer: Embarazo*. Obtenido de MSD Estar Bien: http://www.cordaptive.com.pe/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_243.html

Anónimo. (2005b). *Problemas De Salud De La Mujer: Complicaciones del Embarazo*. Obtenido de MSD Estar Bien: http://www.cordaptive.com.pe/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_245.html

Anónimo. (2005c). *Problemas de Salud de la Mujer: Embarazo de Alto Riesgo*. Obtenido de MSD Estar Bien: http://www.cordaptive.com.pe/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_244.html

Anónimo. (2009). *Cuidados en el Embarazo*. Obtenido de Futura Mamá: <http://futuramamaycuidados.blogspot.pe/2009/10/cuidados-en-el-embarazo.html>

Anónimo. (2010). *Embarazo en Mujeres Mayores - Ventajas y Desventajas*. Obtenido de Sitios España.com: <http://www.sitiosespana.com/notas/2010/octubre/embarazo-mujer-mayor.htm>

Anónimo. (2010). *Semiología-Obstétrica*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/doc/33261921/Semiologia-Obstetrica>

Anónimo. (2014). *Control Prenatal*. Obtenido de Factores de Riesgos: <http://telemedicinakaritopalacio.weebly.com/factores-de-riesgos.html>

Anónimo. (2015). *Cuidados prenatales para madres de mayor de edad*. Obtenido de Guía Infantil.com: <http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/madremayor/cuidadosesp.htm>

Anónimo. (2015a). *Cuidado Prenatal*. Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/prenatalcare.html>

Anónimo. (2015b). *Atención prenatal*. Obtenido de Wikipedia: https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci%C3%B3n_prenatal

Atiencencia, K. (2013). *Mejoramiento de la Calidad de Atención a los Usuarios de los Servicios de Salud del Patronato Provincial de Pichincha, Quito 2013*. (Tesis de Postgrado). Universidad Técnica Particular de Loja. Quito, Ecuador. Obtenido de <http://docplayer.es/14365331-Universidad-tecnica-particular-de-loja-area-biologica.html>

Avalos, G. (2013). Nivel de Satisfacción de la Atención Prenatal y su Relación con la Condición de Aseguramiento de las Gestantes. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2012. *Revista Cientifi-k*, 1(1), 1-9. Obtenido de <https://issuu.com/congresouniversidadcesarvallejo/docs/revistacientifi-k>

Blossiers, C. (2010). Interacción entre el Personal de Salud y las Jóvenes Embarazadas durante el Control Prenatal: Un estudio Cualitativo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Instituto Nacional de Salud*, 27(3), 337-334. doi:ISSN: 1726-4642

Casalino, G. (2008). Calidad de Servicio de la Consulta externa de Medicina Interna de un Hospital General de Lima Mediante la Encuesta Servqual. *Revista Sociedad de Medicina Interna*, 21(4), 143-152. Obtenido de http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_21_4_2008/04.pdf

Castaño, K. (2009). *Calidad de la Atención en el Control Prenatal: Opinión de las Usuarías de una Institución Prestadora de Servicios de Bogotá D.C. Colombia*. (Tesis de Pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia. Obtenido de

[http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf?](http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf)

Catacora, I., & Pastor, S. (2012). *Estudio del Servicio de Salud Materna en el Hospital General del Distrito de Jaén, brindado a través del Seguro Integral de Salud. Análisis desde el enfoque Intercultural durante los Meses de Marzo a Setiembre de 2012.* (Tesis de Postgrado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5907>

Chon, E., Montanez, V., & Seinfeld, J. (2011). *La salud que los Peruanos Queremos.* Lima, Perú: Universidad del Pacífico. Obtenido de <http://www.agenda2011.pe/wp-content/uploads/pb/Salud-Abstract.pdf>

Cuello, A., & Zabaleta, J. (2013). *Evaluación del Programa de Control Prenatal en la Empresa Social del Estado Hospital Local de Mahates durante el Segundo Semestre del año 2012.* Universidad de Cartagena, Facultad de ciencias económicas y administrativas, (Tesis de Postgrado). Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias D.T y C. Obtenido de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/431/1/TESIS%20AJUSTADA%20MAYO%20JORGE%20LUIS%20Y%20ANGELICA.pdf>

Dirección de Gerencia de Salud de las Personas . (2005). *Boletín Informativo.* Lima, Perú. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/boletines/Boletin28.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas . (2009). *Estudio de los Factores que Afectan la Mortalidad Materna en dos Regiones Sanitarias del Paraguay.* Paraguay. Obtenido de http://www.cepep.org.py/archivos/Maternidad_Segura.pdf

García, M. (2004). *La Vida Embarazada: Una Teoría Global sobre la Vida Terrestre y la Evolución.* Obtenido de Upv.es: <http://www.upv.es/jugaryaprender/vidaembarazada/index.htm>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). *Parteras Profesionales Técnicas y Enfermeras Obstetras: ¿Una opción para la Atención Obstétrica en México?* México. doi:ISBN 978-607-511-019-6
- López, E. (2008). *Causas que Determinan la Inasistencia continua de las Gestantes a Control Prenatal en el Hospital Walter Khon Oruro Bolivia 2006.* (Tesis de Postgrado). Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. Obtenido de <http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3631/1/T-PG-605.pdf>
- Manares, O. (2005). *Estudio sobre Calidad del Control Prenatal en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de Lima.* (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Ministerio de salud. (2012). *Norma Técnica de Salud N° 091 -Minsa/Dgsp-V.01"Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto/A Con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).* Lima.
- Ministerio de Salud. (2015). *Derechos del Asegurado al Seguro Integral de Salud.* Lima, Perú. Obtenido de <http://www.sis.gob.pe/pdf/CartillaDerecho.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2007). *Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto.* Ecuador. Obtenido de http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Manual%20HACAP%20-%20FCI%20and%20QAP_optimized.pdf
- Noguera, A., & Dueñas, M. (2011). *Evaluación de la Calidad de la Atención del Programa de Control Prenatal a partir de la Atención Brindada a las Usuarias en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan Enero de 2011 – Junio de 2011.* (Tesis de Postgrado). Universidad del Cauca. Popayan. Obtenido de <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1>
- Pérez, J. (2013). *Evaluación de la Utilización del Control Prenatal en el Sistema de Salud Pública de la Ciudad de Villa Gobernador Galvez, Santa Fe,*

Argentina, en el Período 2008 - 2011. Departamento de Salud Comunitaria, (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Lanús. Santa Fe, Argentina. Obtenido de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033885_Perez.pdf

Rodríguez, M. (2012). *Factores que Influyen en la Percepción de la Calidad de los Usuarios Externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* (Tesis de Postgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Obtenido de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1120/1/Rodriguez_vm\(2\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1120/1/Rodriguez_vm(2).pdf)

Rodríguez, P., & Grande, M. (2014). *Bases Conceptuales y Factores Determinantes de la Calidad Asistencial.* Madrid. Obtenido de <http://docplayer.es/7524177-14-1-calidad-asistencial-concepto-dimensiones-y-desarrollo-operativo.html>

ANEXOS



ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en el estudio titulado. Entiendo que esta investigación tendrá como objetivo: Determinar la relación significativa entre el cuidado prenatal de la gestante y la atención que recibe del seguro integral de salud en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota – 2015, también se me ha informado que este estudio permitirá conocer los factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos.

Entiendo que seré entrevistado en los horarios que yo determine y las preguntas estarán orientadas al objeto de estudio de esta investigación. También estoy enterada de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria mi participación y que aún después de iniciada puedo rehusarme a continuar participando del estudio. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Se me ha informado qué personas tendrán acceso a la información y se ha especificado cómo contactar con el responsable de esta investigación en caso si hubiera alguna duda.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi integridad.

A continuación detallo mis datos personales y consigno mi deseo de participar en este estudio:

Yo..... (Nombres y apellidos)

Identificado con DNI N°domiciliado
en.....

Declaro que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con..... (Nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mi integridad física ni psicológica.

Por lo tanto doy libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma-Participante

Firma-Investigador

LISTA DE COTEJO
SOBRE CUIDADO PRENATAL

N°	INDICADOR	OPTIMO	NO OPTIMO
1	Presenta examen médico en la historia Obstétrica		
2	Tiene anemia clínicamente severa.		
3	Presenta prueba de hemoglobina		
4	Se ha realizado examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina		
5	Evidencia examen ginecológico		
6	Presenta control de la medición de presión arterial		
7	Evidencia control de respiración		
8	Presenta control de pulso		
9	Evidencia control de temperatura		
10	Evidencia control de peso		
11	Presenta resultados sobre la talla de la madre		
12	Presenta resultados de análisis de sífilis y detección de infecciones de transmisión sexual		
13	Evidencia resultados de control de orina		
14	Presenta resultados de grupo sanguíneo y factor Rh		
15	Presenta control de vacuna antitetánica		
16	Evidencia aporte complementario de ácido fólico y hierro		
17	Presenta examen sobre formas de presentación del feto		
18	Presenta control de glucosa		
19	Presenta control de latidos cardiacos fetales		
20	Evidencia control de la edad gestacional		

**ENCUESTA SOBRE ATENCIÓN
EN EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

El presente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado CUIDADO PRENATAL DE LA GESTANTE Y LA ATENCIÓN QUE RECIBE DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS DE LA PROVINCIA DE CHOTA – 2015. La información es de carácter confidencial y reservado, debido que los resultados serán manejados, sólo por la investigadora y también servirán para mejorar la atención a la gestante, responda si la atención que le ha proporcionado ha sido mejor o peor de los que usted esperaba.

Para ello pedimos su colaboración contestando con sinceridad las preguntas que le haremos a continuación.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración.

BUENO	REGULAR	MALO
1	2	3

Por favor responda las siguientes casillas

	1	2	3
1.- La tecnología de los equipos para los diagnósticos y tratamientos ha sido			
2.-La apariencia (limpieza y uniforme) de la persona que la atendió ha sido			
3.-Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir al servicio de odontología han sido			
4.-El interés del personal por cumplir lo ofrecido ha sido			
5.-El estado en el que están los ambientes y la sala de espera (apariciencia, comodidad) han sido			
6.-La información que le proporcionan, ha sido			
7.-El tiempo de espera para ser atendida en el servicio ha sido			
8.-La facilidad para llegar al hospital ha sido			
9.-El interés del personal por solucionar sus problemas ha sido			
10.-La puntualidad para la atención de las consultas ha sido			
11.-La rapidez con lo que se consigue lo que se ha pedido ha sido			
12.-La disposición del personal para ayudar cuando lo necesita ha sido			
13.-La confianza (seguridad) que el personal le transmite ha sido.			
14.-La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido			
15.-La preparación (capacitación) del personal para realizar su trabajo ha sido			
16.-La preparación (capacitación) de la persona que la ha atendido ha sido			
17.-El trato que se le ha dado ha sido			
18.-La capacidad del personal para comprender sus necesidades ha sido			
19.-La duración de la atención que le han dado, ha sido			

EVIDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN
PANEL FOTOGRÁFICO APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS



















