

# FACTOR HUMANO, ORGANIZACIONAL Y SU INFLUENCIA CON LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD DE LIMA – PERÚ, 2017

HUMAN, ORGANIZATIONAL FACTOR AND ITS INFLUENCE WITH THE CONTINUITY OF THE PRENATAL CARE OF HEALTHCARE PROVIDER INSTITUTION OF LIMA – PERU, 2017

Gladys Katherine Tovar Vente <sup>1,a</sup>, Hugo Gutiérrez Crespo <sup>2,b</sup>

1. Obstetra. Coordinadora del Servicio de Obstetricia IPRESS Villa Salud. Lima, Perú.
2. Obstetra. Profesor de la Sección de Maestría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- a. Maestría en Gerencia en Servicios de Salud.
- b. Magíster en Docencia e Investigación.



## RESUMEN

**Introducción:** El control prenatal implica un conjunto de acciones y de procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. **Objetivo:** Analizar la influencia del factor organizacional y humano con la continuidad de la atención prenatal en una institución prestadora de salud durante el año 2017. **Material y métodos:** Estudio de casos y controles, en 210 participantes, 105 gestantes que continuaron el control prenatal ( $\geq 3$ ) fueron consideradas como casos y 105 gestantes que no continuaron. Se les aplicó un instrumento que evaluaba datos generales y los factores humano y organizacional. Se aplicó distribución de frecuencias, Odds ratio (OR) y regresión logística (ORa). **Resultados:** El 49,5% se encontraron entre los 20 a 34 años. Los factores que se asociaron a la continuidad del control prenatal fueron el percibir respeto del personal de salud (ORa=12,9 IC1,6:104,5;  $p=0,017$ ), el personal administrativo llega temprano (ORa=3,0 IC1,6:5,6  $p=0,001$ ), el trato del personal administrativo fue adecuado (ORa=2,2 IC1,2:4,2  $p=0,015$ ) y las dificultades durante la atención prenatal se resolvieron inmediatamente (ORa=3,8 IC1,7:8,4  $p=0,001$ ), el modelo predijo entre el 21,6 al 28,7% de la continuidad del control. **Conclusión:** El factor humano y el organizacional influyen en la continuidad de la atención prenatal.

**Palabras clave:** Atención prenatal; Embarazo; Servicios de salud; Calidad de atención; Personal de salud (Fuente: DeCS, BIREME)

### Financiamiento

Autofinanciado.

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### Proceso editorial

Recibido: 27 de febrero del 2019

Aprobado: 31 de marzo del 2019

### Correspondencia

Gladys Tovar Vente. Maestría en Gerencia en Servicios de Salud.

katty.tovar86@gmail.com

### Cita bibliográfica

Tovar-Vente GK, Gutiérrez-Crespo H. Factor humano, organizacional y su influencia con la continuidad de la atención prenatal de la Institución Prestadora de Salud de Lima – Perú, 2017. Rev Int Salud Matern Fetal. 2019; 4(1):29-37.

## ABSTRACT

**Introduction:** The prenatal care involves a set of actions, systematic and periodic procedures, for prevention, diagnosis and treatment of factors that may influence morbidity and maternal and perinatal mortality. **Objectives:** The aim of this study is to analyze the influence of the organizational and human factor with the continuity of the prenatal care at Healthcare Provider Institution in 2017. **Material and methods:** Study of cases and controls, in 210 participants, 105 pregnant women who continued prenatal control ( $\geq 3$ ) were considered as cases and 105 pregnant women did not continue. They were given an instrument that evaluated general data and human and organizational factors. Frequency distribution, Odds ratio (OR) and logistic regression (aOR) were applied. **Results:** 49.5% were between 20 and 34 years old. The factors that were associated with the continuity of prenatal control were the perception of respect by health personnel (aOR = 12.9 IC1.6: 104.5,  $p = 0.017$ ), the administrative staff arrives early (aOR = 3.0 IC1, 6: 5.6  $p = 0.001$ ), the treatment of administrative staff was adequate (aOR = 2.2 IC1,2: 4.2  $p = 0.015$ ) and the difficulties during prenatal care were resolved immediately (aOR = 3, 8 IC1.7: 8.4  $p = 0.001$ ), the model predicted between 21.6 to 28.7% of the continuity of control. **Conclusion:** The human and organizational factor influence the continuity of prenatal care.

**Keywords:** Prenatal care, pregnancy, health services, attention quality, health personnel

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, el control prenatal se ha convertido en una prioridad que comprende un conjunto de estrategias destinadas a optimizar los resultados del embarazo. El control prenatal es un conjunto de acciones que se realizan durante la gestación, con el objetivo de brindar una vigilancia de la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y su rol como madre<sup>1</sup>. El control prenatal debe ser completo, integral y periódico; lo debe realizar el profesional de la salud capacitado, competente para detectar los factores de riesgo y prevenir e intervenir de forma oportuna las complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo. Durante el control, la gestante debe ser atendida en un ambiente tranquilo y acogedor. Además, el control implica un conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal<sup>2</sup>.

Diversos estudios han evidenciado que el control prenatal permite reducir la morbimortalidad materna y perinatal, el número de partos prematuros, niños con bajo peso al nacer, así como también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo<sup>3</sup>. Por ello, la atención prenatal es una de las intervenciones de maternidad segura; si esta tiene una implementación adecuada, tiene el potencial de reducir significativamente la mortalidad materna y perinatal. Por otra parte, es preciso señalar que el número de visitas que la gestante realice al centro de salud no es un factor importante, sino cuándo fueron realizadas estas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad<sup>4</sup>.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados por diversos países, persisten diversas causas que originan que las gestantes no reciban la atención especializada antes, durante y después del parto. En algunas zonas, es posible que no se encuentren profesionales capacitados; y si los hay, la atención no es adecuada. En otros casos, la gestante no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte, no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Asimismo, las creencias culturales y el estatus social de la gestante pueden impedir que obtenga la atención que necesita<sup>5</sup>.

Por otra parte, se ha logrado demostrar que múltiples factores influyen en la conducta de búsqueda de atención

médica de las mujeres embarazadas y estos factores podrían ser organizativos, como la disponibilidad, y de acceso a los servicios de consulta prenatal<sup>6</sup>. Mientras que para acceder al primer control prenatal y mantener la continuidad se identifican barreras, estas se encuentran relacionadas con temor, vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas<sup>7</sup>.

Un estudio realizado por la Universidad de Washington reportó 292 000 muertes maternas en todo el mundo durante el año 2013, de los cuales el 99% correspondieron a mujeres residentes en países en desarrollo, dejando en evidencia que uno de los principales factores que contribuyen a la alta tasa de resultados adversos es el escaso uso de los servicios de salud prenatal y materna<sup>8</sup>. Cabe señalar que el acceso precoz al control prenatal es considerado una intervención de salud pública de mayor costo efectividad, que permite reducir la morbimortalidad materna y perinatal. En el Perú, el 87% de las gestantes tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, en comparación a otros países como Etiopía, donde la cobertura fue de tan solo el 12%<sup>5</sup>. El objetivo del presente estudio consiste en analizar la influencia del factor organizacional y humano con la continuidad de la atención prenatal en una institución prestadora de salud de Lima.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### DISEÑO

Estudio de casos y controles, prospectivo de corte transversal.

### MUESTRA

Las participantes fueron las gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud "Villa Salud" de la ciudad de Lima, Perú, durante el periodo julio a diciembre de 2017. Se establecieron como casos aquellas gestantes que lograron continuar sus controles prenatales ( $\geq 3$ ) durante el embarazo y controles aquellas que no continuaron, se consideró como criterio de inclusión las gestantes que evidenciaron su capacidad de leer y escribir y aquellas que aceptaron participar en forma voluntaria; fueron excluidas aquellas gestantes menores de edad y las analfabetas. Se seleccionó a las gestantes mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Aplicando la fórmula de comparación de proporciones, se estimó con una confianza del 95% a 105 casos y 105 controles un total de 210 participantes.

## VARIABLES

Se evaluaron la edad (años), grado de instrucción, estado civil, ocupación. Así mismo se determinó la cantidad de controles prenatales en el primer trimestre del embarazo (0 a 14 semanas), segundo trimestre (15 a 28 semanas) y tercero (29 a 41 semanas). El factor humano lo conformaron las siguientes variables: trato del personal administrativo adecuado, trato del médico fue adecuado, percibió respeto del personal, el médico inspiró confianza, médico llega temprano para la atención, personal administrativo llega temprano, personal suficiente en el establecimiento; médico está correctamente uniformado. El factor organización la conformaron las siguientes variables: horarios de atención de consulta son accesibles, horario de cita coincide con la atención, admisión indicó los pasos a seguir en los controles, el personal orientó sobre exámenes a realizar, orientación del personal fue clara y precisa, medicamentos recetados se entregan sin demora, las referencias (a otro establecimiento) son rápidas, resultados de laboratorio se entregan a la fecha y dificultades se resolvieron inmediatamente.

## INSTRUMENTOS

Para la elaboración del instrumento se analizaron investigaciones relacionadas a los factores de calidad y abandono del control prenatal, realizados en establecimientos del primer nivel de atención elaborados por Munares y Camarena<sup>9,10</sup>. Esto permitió elaborar un cuestionario conformado en su parte inicial por datos generales, sociodemográficos, control prenatal, antecedentes y datos obstétricos de rutina. Contiene 18 preguntas con respuestas de tipo dicotómicas; la primera dimensión, denominada factor humano tiene ocho preguntas, mientras que la dimensión factor organización, nueve preguntas. La validez del contenido se realizó utilizando la metodología de juicio de seis expertos, mediante un índice de Kappa con un valor de 0,87 y una confiabilidad de 0,89, según la prueba estadística de Kruder-Richardson.

## ANÁLISIS DE DATOS

Se tabuló la información en una base de datos y se aplicó SPSS para el análisis. Para la presentación de los datos se aplicaron estadísticas descriptivas, distribución de frecuencias y porcentajes. Para las inferencias estadísticas y determinación de las asociaciones se aplicó el estadístico Chi-cuadrado, significativo a un nivel de significación estadístico  $p < 0,05$ . Para la determinación de la influencia entre el factor humano y organizacional con la continuidad del control prenatal se aplicó la razón de productos cruzados (odds ratio) con sus intervalos de confianza al 95%.

Para la estimación del modelo de influencia entre los factores humano y organizacional, se aplicó el análisis multivariado con regresión logística binaria, para la estimación de los Odds ratio ajustados (ORa) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para la validación del modelo se aplicó la prueba de Hosmer y Lemeshow considerándose adecuado cuando el nivel de significación era mayor a 0,05 ( $p > 0,05$ ), para la determinación de la parte de la varianza de las variables independientes (factor humano y organizacional) le corresponden a la variable dependiente (continuidad del control prenatal) se aplicaron el R2 de Cox y Snell y el R2 de Nagelkerke.

## ASPECTOS ÉTICOS

El estudio es considerado de bajo riesgo físico, psicológico, muerte y/o alteración de la calidad de vida ni daños a terceros de acuerdo con la Resolución N° 078-2016 del Ministerio de Salud, todos los participantes firmaron el consentimiento informado y para la realización del presente estudio se obtuvo autorización de la institución mediante documento N°4 IPRESS: 123-2017.

## RESULTADOS

En el estudio participaron 210 gestantes, para lo cual se conformaron 105 gestantes para el grupo caso. El 49,5% de las participantes se encontraron entre los 20 a 34 años, el 70% presentó educación secundaria, el 60,5% era conviviente, así mismo el 37,6% era ama de casa (Tabla 1).

Tabla 1. Datos generales de las participantes

	n	%
<b>Edad (años)</b>		
16 a 19	24	11.4
20 a 34	104	49.5
35 a 44	82	39.0
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	3	1.4
Secundaria	148	70.5
Superior técnico	33	15.7
Superior universitario	26	12.4
<b>Estado civil</b>		
Conviviente	127	60.5
Casada	54	25.7
Soltera	29	13.8
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	79	37.6
Ventas	35	16.7
Docente	17	8.1
Mantenimiento	7	3.3
Secretaria	6	2.9
Otro	66	31.4
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>

Tabla 2. Características de la atención prenatal según su continuidad en gestantes atendidas

	Continuidad de la atención prenatal			
	Si		No	
	n	%	n	%
Atención prenatal primer trimestre	84	80.0	62	59.0
Atención prenatal segundo trimestre	105	100.0	102	97.1
Atención prenatal tercer trimestre	75	71.4	85	81.0
Total	105	100.0	105	100.0

Los resultados en el grupo de gestantes con atención prenatal en forma continua permiten observar que, el 100% (105) tuvo atenciones en el segundo trimestre, 80% (84) en el primer trimestre y 71,4% (75) en el tercer trimestre. Con respecto al grupo de gestantes sin continuidad en la atención prenatal, 97,1% (102) tuvo atenciones en el segundo trimestre, 81% (85) en el tercer trimestre y 59% (62) en el primer trimestre. Estos resultados permiten observar que el mayor número de atenciones prenatales ocurrieron durante el segundo trimestre del embarazo (Tabla 2).

#### FACTOR HUMANO RELACIONADO A LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Los factores que se asociaron a la continuidad del control prenatal fueron los siguientes:

- El trato de personal administrativo (47,6% vs 25,7%

$p=0,001$ ), existiendo 2,6 veces mayor probabilidad de continuar con el control prenatal cuando si se percibe este factor (OR=2,6 IC95% 1,5:4,7).

- La percepción de respeto por parte del personal (99,0% vs 81,0  $p<0,001$ ), existiendo 24 veces mayor probabilidad de continuidad del control prenatal cuando este factor está presente (OR=24,5 IC95% 3,2:186,1).
- La confianza que inspiró el médico (96,2% vs 81,9%  $p=0,001$ ), existiendo 5,6 veces mayor probabilidad de continuidad cuando este factor está presente (OR=5,6 IC95% 1,8:17,0).
- El médico llegó temprano (84,8% vs 71,4%  $p=0,020$ ), existiendo 2,2 veces mayor probabilidad de continuidad cuando este factor está presente (OR=2,2 IC95% 1,1:4,4), (Tabla 3).

Tabla 3. Factor humano relacionado a la continuidad de la atención prenatal

	Continuidad del control prenatal				p	OR	IC 95%
	Si		No				
	n	%	n	%			
Trato del personal administrativo adecuado	50	47.6	27	25.7	0.001	2.6	(1.5 – 4.7)
Trato del médico fue adecuado	97	92.4	88	83.8	0.055	2.3	(1.0 – 5.7)
Percibió respeto del personal	104	99.0	85	81.0	<0.001	24.5	(3.2 – 186.1)
El médico inspiró confianza	101	96.2	86	81.9	0.001	5.6	(1.8 – 17.0)
Médico llega temprano para la atención	89	84.8	75	71.4	0.02	2.2	(1.1 – 4.4)
Personal administrativo llega temprano	66	62.9	36	34.3	<0.001	3.2	(1.8 – 5.7)
Personal suficiente en el establecimiento	11	10.5	7	6.7	0.324	1.6	(0.6 – 4.4)
Médico está correctamente uniformado	104	99.0	100	95.2	0.212	5.2	(0.6 – 45.3)
Total	105	100	105	100			

Tabla 4. Factor organizacional relacionado a la continuidad de la atención prenatal

	Continuidad del control prenatal				p	OR	IC 95%
	Si	%	No	%			
Horarios de atención de consulta son accesibles	1	1.0	0	0.00	1	2.0	(1.8 – 2.3)
Horario de cita coincide con la atención	58	55.2	37	35.2	0.004	2.3	(1.3 – 4.0)
Admisión indicó los pasos a seguir en los controles	96	91.4	75	71.4	<0.001	4.3	(1.9 – 9.5)
El personal orientó sobre los exámenes a realizar	97	92.4	74	70.5	<0.001	5.1	(2.2 – 11.7)
Orientación del personal fue clara y precisa	63	60.0	61	58.1	0.779	1.1	(0.6 – 1.9)
Medicamentos recetados se entregan sin demora	64	61.0	60	57.1	0.575	1.2	(0.7 – 2.0)
Las referencias (a otro establecimiento) son rápidas	2	1.9	4	33.8	0.683	0.5	(0.1 – 2.7)
Resultados de laboratorio se entregan a la fecha	2	1.9	0	0.0	0.498	2.0	(1.8 – 2.3)
Dificultades se resolvieron inmediatamente	90	85.7	66	62.9	<0.001	3.5	(1.8 – 7.0)
Total	105	100	105	100			

#### FACTOR ORGANIZACIONAL RELACIONADO A LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Se determinaron cuatro factores relacionados:

- El horario de la cita coincidió con el de la atención (55,2% vs 35,2%  $p=0,004$ ) existiendo 2,3 veces mayor probabilidad de continuidad en la atención prenatal cuando este factor está presente (OR=2,3 IC95% 1,3:4,0).
- Admisión indicó los pasos a seguir en los controles prenatales fue significativamente mayor en las que continuaron la atención prenatal (91,4%) que en la que no continuaron (71,4%)  $p<0,001$ , existiendo 4,3 veces mayor probabilidad de continuar con el factor presente (OR=4,3 IC95% 1,9:9,5).

- El factor personal orientó sobre exámenes a realizar resultó significativo (92,4% vs 70,5%  $p<0,001$ ), existiendo 5,1 veces mayor probabilidad de continuar con los controles prenatales cuando este factor está presente (OR=5,1 IC95% 2,2:11,7).
- Dificultades se resolvieron inmediatamente fue significativo para la continuidad del control prenatal (85,7% vs 62,9%  $p<0,001$ ), existiendo 3,5 veces mayor probabilidad de continuidad del control prenatal cuando este factor está presente (OR=3,5 IC95% 1,8:7,0) (Tabla 4).

El modelo multivariado arrojó que existen cuatro factores que se asocian a la continuidad del control prenatal: el trato

Tabla 5. Modelo de regresión logística de factores asociados a la continuidad de la atención prenatal

	ORa	(IC95%)	p
Percibió respeto del personal	12.9	(1.6 – 104.5)	0.017
Personal administrativo llega temprano	3.0	(1.6 – 5.6)	0.001
Trato del personal administrativo adecuado	2.2	(1.2 – 4.2)	0.015
Dificultades se resolvieron inmediatamente	3.8	(1.7 – 8.4)	0.001

Prueba de Hosmer y Lemeshow = 7,147  $gl=5$   $p=0,210$ . R2 de Cox y Snell = 0,216 R2 Nagelkerke=0,287

del personal administrativo adecuado, percibir respeto por parte del personal, personal administrativo llegó temprano y las dificultades se resolvieron inmediatamente, estos factores predijeron entre el 21,6 y el 28,7% de la continuidad del control prenatal, el modelo resultó adecuado ( $p=0,210$ ), (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud enfatiza la importancia de cumplir con el acceso a la atención prenatal temprana, y que toda mujer embarazada inicie su primera atención en el primer trimestre con el objetivo de brindar una atención oportuna y de calidad <sup>11</sup>. A pesar de ello, persisten diversas barreras y factores que contribuyen al poco acceso a la atención prenatal temprana. El nivel de educación y el nivel socioeconómico de la madre siguen siendo factores determinantes; a ello se suman otros factores como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, apoyo familiar y, las experiencias previas con el sistema de salud propio de cada región o país, que influyen en el acceso a la atención prenatal <sup>12</sup>.

La edad es una variable que presenta patrones similares en toda la región de Latinoamérica; en algunos casos, solo presenta valores discordantes en la edad mínima de las gestantes. Actualmente, se considera que la edad de las gestantes influye favorablemente con la continuidad de la atención prenatal <sup>13</sup>. Por otra parte, las gestantes tienen como principales labores, las actividades dedicadas al cuidado del hogar cuyo origen corresponde a las zonas rurales o andinas, donde la principal labor la realiza el padre de familia. De otro lado, el estado civil de convivencia se presenta con mayor frecuencia, con la atenuante que las gestantes residen en la ciudad. Estudios similares han reportado que el estado civil que predomina corresponde a casada <sup>14</sup>, a diferencia de los resultados mostrados en el presente estudio donde predomina el estado civil conviviente.

El análisis de la cobertura e inicio de la atención prenatal a nivel mundial no llega al 60%, con énfasis en el tercer trimestre, mientras que en Latinoamérica estas cifras superan el 70% <sup>15</sup>. Los resultados del presente estudio permiten describir que la totalidad de las gestantes del grupo continuadoras, recibieron sus atenciones prenatales durante el segundo trimestre, mientras que el estudio realizado por Córdova logró reportar que la mayoría de los controles prenatales se realizaron durante el primer trimestre, en el caso de las gestantes consideradas continuadoras; mientras que el acceso a la atención prenatal

durante el tercer trimestre solo ha mostrado resultados mínimos que no superan el 8% de las gestantes <sup>14</sup> comparado al 71.4% de atenciones prenatales en el tercer trimestre en el presente estudio.

Con respecto al factor humano, uno de los indicadores importantes sigue siendo el trato que recibe la gestante dentro del proceso de atención. Está demostrado que un trato adecuado por parte del personal influye en la continuidad de la atención prenatal, siendo este un componente importante que podría generar la adherencia de las gestantes a la institución. Este mismo indicador se puede determinar como un punto débil, ya que un trato regular o deficiente por parte del personal administrativo, se convierte en una barrera para acceder a la atención y como consecuencia inmediata, la discontinuidad en los controles prenatales <sup>16</sup> en el presente estudio se evidencia que el buen trato a la gestante influye directamente con la continuidad.

Por otra parte, la comunicación es un factor clave encaminado a motivar a las personas para adoptar nuevas actitudes y comportamientos, favorecer un clima laboral adecuado y generar un entorno laboral con respeto; este aspecto, pocas veces analizado, ha demostrado contribuir en la continuidad de la atención prenatal, tanto para las pacientes continuadoras como para las no continuadoras del control prenatal <sup>17</sup>.

Asimismo, el trato recibido por parte del personal médico sigue siendo otro factor clave, ya que permite generar confianza y seguridad a la gestante y con ello continuar con la atención prenatal de manera adecuada. Respecto a este hallazgo, se ha demostrado que la relación entre el uso adecuado de control prenatal y la satisfacción de las gestantes, tienen una relación directa con el trato recibido. Cabe destacar que cuando el trato recibido no es óptimo o es referido negativamente, se genera una ruptura en la relación médico-paciente; sin embargo, la mayoría de las investigaciones han evidenciado que predomina el buen trato y la amabilidad en el control prenatal por parte de los profesionales de la salud <sup>18</sup>. Mientras, la impuntualidad de los profesionales de la salud sigue siendo uno de los aspectos responsables de generar la mayor insatisfacción en los usuarios. Por ello, el hecho que el personal de salud y/o administrativo que brinda asistencia a las gestantes en todo el proceso de la atención prenatal no cumpla sus funciones con puntualidad, ocasiona discomfort en las usuarias y termina afectando la continuidad de la atención prenatal <sup>19</sup>. En el presente estudio se puede observar que un 92.4% de gestantes percibieron buen trato y continuaron

los controles prenatales, así como también se evidencia un que un 99% de pacientes continuadoras percibieron respeto del personal dando un OR: 24,5, con unos intervalos de confianza amplios, esto puede deberse a un efecto del tamaño de la muestra, se recomendarían mayores estudios para poder determinar mejores resultados, sobre todo en diferentes ámbitos y regiones.

Del mismo modo, los resultados que corresponden al factor organización están focalizados en el cumplimiento de la atención según una programación establecida con anterioridad, ya que el tiempo de espera sigue siendo un indicador de calidad en la atención de salud. El cumplimiento de la cita según el horario programado influye en la continuidad de atención prenatal. Cabe destacar que la gestante busca un sistema de salud con la expectativa de una rápida y eficaz atención por parte del profesional de salud, de tal manera que, si ocurre una demora en la atención, podría desencadenar disconfort y un abandono de su atención en la institución. Sin embargo, los estudios realizados no han encontrado asociación entre el tiempo de espera prolongado y la continuidad de la atención prenatal<sup>20</sup>. Asimismo, se ha observado que el tiempo de espera para acceder a la consulta en los establecimientos de salud, por lo general, resultó ser menor a una hora; al parecer, estos resultados son producto de la gran demanda que tienen los establecimientos de salud a cargo de Estado, donde la atención no tiene ningún costo en la mayoría de los casos<sup>16</sup>.

Respecto a la obtención de una cita médica, sigue siendo un obstáculo que experimentan los servicios de salud a cargo del Estado, debido a que la atención se encuentra subsidiada por este, y no representa ningún costo para las gestantes; con ello se genera un gran embalse, lo cual deriva en programaciones de atención con fechas muy prolongadas. Los resultados del presente estudio, tanto en las gestantes con y sin continuidad de atención prenatal, manifestaron que no fue fácil conseguir la atención, siendo esto un indicador negativo, ya que no se cumplía con lo planificado y con ello disminuir los riesgos o complicaciones que pueden ser detectados y tratados oportunamente.

Estudios realizados en Colombia muestran resultados discordantes, ya que la mayoría de las pacientes obtuvo una cita sin mayores problemas<sup>20,3</sup>. Estas diferencias podrían obedecer a que los sistemas de salud de países como Colombia, Chile y Brasil se encuentran muy fortalecidos y son considerados dentro de los mejores en la región de América Latina.

Una de las principales funciones del personal de salud es brindar una correcta y oportuna orientación e información; una de ellas corresponde a los exámenes de ayuda diagnóstica y de laboratorio. Con respecto a las indicaciones y orientaciones sobre los pasos a seguir para recibir atención prenatal, como lo establecen diversas normas técnicas con el objetivo de mejorar su cumplimiento, estas parecen no cumplirse de manera óptima. Evidentemente, la orientación se encuentra relacionada con la continuidad de la atención prenatal, como lo describe un estudio realizado en instituciones de salud pública en Colombia, donde se hace un especial énfasis en que las gestantes con menos continuidad en las atenciones prenatales recibieron información no adecuada o confusa en algunos casos<sup>21</sup>.

Con respecto al sistema de referencia que requieren las gestantes para ser atendidas en una institución de mayor complejidad, sigue siendo un procedimiento lento e inmerso dentro de un proceso burocrático y poco expeditivo. La mayoría de los establecimientos de salud no logra cumplir con los parámetros básicos de referencia, como la entrega de documentos tanto en grupo de gestantes continuadoras como no continuadoras. Algunas instituciones han tratado de hacer más expeditivo este proceso con el uso del radio o teléfono para poder atender un caso de urgencia, pero sin resultados satisfactorios, salvo algunos casos muy excepcionales<sup>16</sup>.

Los resultados de los exámenes de laboratorio, como grupo Rh, Coombs, hemograma, glicemia, sedimento orina, urocultivo, VDRL, VIH, hepatitis B, hasta la detección de déficit de vitamina D, siguen siendo elementos clave que toda gestante debe tener. Pero la entrega de estos resultados no se realiza dentro de la fecha programada, lo cual ocasiona insatisfacción y limita el acceso a la atención prenatal en el caso de las gestantes continuadoras. Por último, la capacidad para resolver los problemas de manera inmediata ha demostrado influir en la continuidad de la atención prenatal, entendiéndose que, ante las dificultades dadas en el servicio de salud, las gestantes esperan que los profesionales de salud se preocupen por su bienestar<sup>20</sup>. En el estudio se puede observar que el 1.9% de las pacientes continuadoras indican que los resultados de laboratorio se entregan a la fecha.

Resulta importante indicar que se ha podido determinar de manera multivariada alrededor de una cuarta parte de la continuidad del control prenatal, los factores respeto del personal de salud, el llegar temprano por parte del personal administrativo, trata adecuado del personal

administrativo y la resolución inmediata de las dificultades del control prenatal son elementos que competen tanto a la gestión del establecimiento de salud como al personal mismo, y estos factores pueden ser empleados como indicadores de logro.

## CONCLUSIÓN

La atención prenatal tiene una mayor cobertura durante el segundo trimestre en ambos grupos de estudio, debido a factores humanos y organizacionales que influyen

factores humanos y organizacionales que influyen directamente en la gestante.

El factor humano tiene una alta influencia en la continuidad del control prenatal teniendo como la variable más predominante para la continuidad el respeto que recibe la gestante durante su estancia en el establecimiento.

El factor organizacional influye en la continuidad del control prenatal siendo la variable de mayor interés para la gestante el recibir una adecuada información por parte del personal.

Revista revisada e indexada por:

- Google Scholar

- International Committee of Medical Journal Editors

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres-Manrique, F. **El control prenatal: una reflexión urgente.** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 60(2): 165-170.
2. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), ProFamilia, Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA). **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.** Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia); 2013.
3. García C. **Barreras de acceso y calidad en el control prenatal.** Rev. Fac. Med. 2017; 65(2): 305-10.
4. Oladapo O, Osiberu M. **Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality?** Matern Child Health J. 2009 Jul; 13(4): 505-11.
5. World Health Organization. **Maternal Health. Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee.** Updated May 2017. [acceso 23 de enero de 2018].
6. Asundep N, Carson A, Turpin C, Tameru B, Agidi AT, Zhang K et al. **Determinants of access to antenatal care and birth outcomes in Kumasi, Ghana.** J Epidemiol Glob Health. 2013 Dec; 3(4): 279-88.
7. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. **Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile.** Salud pública Méx. 2013; 55(6): 572-579.
8. Fotso J, Ezech A, Essendi H. **Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services?** Reprod Health. 2009 Jun; 6: 9.
9. Munares-García O. **Factores asociados al abandono al control prenatal - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011.** [tesis para optar el grado de Magíster Doctor en Ciencias de la Salud]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2014.
10. Camarena, P. **Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina - Essalud - 2011.** [tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia en Servicios de Salud]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2012.
11. World Health Organization. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva: World Health Organization; 2016.
12. Gill K, Pande R, Malhotra A. **Women deliver for development.** Lancet. 2007; 370(9595): 1347-57.
13. Busso M, Romero D, Salcedo D. **Improving access to preventive maternal health care using reminders: Experimental evidence from Guatemala.** Economics Letters. 2017; 161(C): 43-46.

14. Córdoba R, Escobar R, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. RFS Revista Facultad de Salud. 2012; 4(1): 39-49.
15. Moller A, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. Lancet Glob Health. 2017 Oct; 5(10): 977-83.
16. Sachse N, Sersias P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Rev Conamed. 2012; 17 (Supl 1): 4-15.
17. Guillén M. Habilidades de comunicación en la relación médico-enfermera en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Enfermer. 2011; 27(3): 220-7.
18. Alfaro N, Campos G. 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. Enfermería Actual de Costa Rica. 2014; (26): 1-20.
19. Da Silva R, Torres G, Da Silva I, Nelson A, Lucena I, Costa D. Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS. Enferm. Glob. 2015; 14(40): 233-43.
20. Miranda C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). Salud Uninorte. 2016; 32 (3): 436-51.
21. Castillo I, Villarreal M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia promoc. salud. 2014; 19(1): 128-40.