



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

.UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
Escuela de Post Grado

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

INFORME FINAL DE TESIS.

**SATISFACCIÓN PERCIBIDA SOBRE LA
CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CONTROL
PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING
FERRARI, REGIÓN HUÁNUCO, 2015.**

**Para optar el Grado Académico de
Magister en Ciencias de la Salud
Mención Gerencia en Servicios de salud**

Autora

Kim Jannet Urbina Rosas

Asesora

Mg. María Clelia Salcedo Zúñiga

Huánuco – Perú

2017.

DEDICATORIA

Mi agradecimiento ante todo es a nuestro Señor por darme la vida, a mi esposo, a mis hijos por su apoyo absoluto y a todos quienes que con sus palabras me impulsaron a continuar fortaleciendo mis capacidades como profesional.

AGRADECIMIENTO

A los docentes quienes vertieron sus enseñanzas.

A los amigos y familiares que me impulsaron a realizar la maestría, para el orgullo de quienes creyeron en mí.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de satisfacción percibida sobre calidad de atención en el control prenatal en embarazadas que asisten a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

Metodología: estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

Conclusiones: La satisfacción total en las gestantes que acudieron a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 45,7% de ellas manifestaron tener regular satisfacción de la calidad de atención en sus controles prenatales, un 31,4% manifestaron tener buena satisfacción y un 22,9% manifestaron tener mala satisfacción de la calidad de atención recibida.

Palabras claves: satisfacción, control prenatal, calidad de atención.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of perceived satisfaction on quality of care in prenatal care in impregnate women attending their prenatal check-ups at the Carlos Showing Ferrari Health Center, Huánuco region, 2015. **Methodology:** observational, prospective, cross-sectional study descriptive. **Conclusions:** the total satisfaction in the impregnate women attending their prenatal check-ups at the Carlos Showing Ferrari Health Center, it was evident that 45.7% of them reported having a level of regular satisfaction on the quality of attention Received in their prenatal check-ups, and 31.4% said they had a good level of satisfaction and 22.9% of pregnant women reported having a poor satisfaction about the quality of attention received.

Key words: satisfaction, prenatal control, quality of care

Índice

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT	v
PRESENTACION	8
1. INTRODUCCION	9
1.1. Identificación del problema concreto con referencia regional	9
1.2. Descripción y caracterización del problema en relación a causas y consecuencias (<i>elaborar diagnóstico rápido</i>).....	11
1.3. Formulación del problema.	12
1.3.1. Problema general.	12
1.3.2. Problemas específicos.	12
1.4. Planteamiento del propósito o alternativa de solución (<i>respuesta tentativa</i>).....	13
1.5. Factibilidad (<i>académica, apoyo institucional, económica y pertinencia</i>)14	
1.5.1. Factibilidad operativa.	14
1.5.2. Factibilidad Técnica.	14
1.5.3. Factibilidad Económica.	14
1.6. Antecedentes de la investigación (<i>tesis, artículos, conferencias, etc.</i>)...15	
1.6.1. A nivel internacional.	15
1.6.2. A nivel nacional.	23
1.6.3. A nivel regional.....	24
1.7. Objetivos.	25
1.7.1. Objetivo general.	25
1.7.2. Problemas específicos.	25
2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL (BREVE)	26
2.1. Breve referencia histórico evolutiva y <i>el estado actual del problema</i>)	26
2.2. Marco conceptual o aspectos teóricos, de las variables.....	27
2.2.1. Satisfacción en salud.....	27
2.2.2 Calidad de Atención Prenatal	28
2.2.3. Dimensiones de la calidad	31
2.3.1. La teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente.	32
2.4. Definición operacional de palabras clave (no mayor de 5)	33
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	34

3.1. Método, nivel de investigación.	34
3.2. Operacionalización de la hipótesis y variables	34
3.3. Cobertura del estudio	37
3.4. Técnicas e instrumentos	38
b) Interpretación de datos y resultados	38
c) Análisis y datos, prueba de hipótesis	39
4. RESULTADOS	40
4.1. Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos.	40
4.2. Verificación o contrastación de la hipótesis, objetivos y problema.	58
5. DISCUSION Y CONCLUSIONES.	61
5.1. Discusión	61
5.2. Conclusiones	63
6. RECOMENDACIONES	65
7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.	66
ANEXOS	72

PRESENTACION

El cuidado prenatal es parte importante de la medicina preventiva y los obstetras que realizan estos controles prenatales, puede reducir las complicaciones de riesgo con la educación, asesoramiento y diversas intervenciones. La calidad de salud se considera o está ligada a la eficacia, cumplimiento y continuidad del cuidado particularmente por razones éticas. Las percepciones de las grávidas sobre sus evaluaciones prenatales influyen significativamente en la valoración de los servicios que se prestan. Como resultado de este enfoque, el sondeo de la Satisfacción se ha vuelto igualmente importante para rendimiento de sistema. La satisfacción del usuario ha estado vinculada tradicionalmente a la calidad de los servicios prestados. Es factible que las gestantes satisfechas regresen y recomienden a otras gestantes. Varios factores incluyendo la disposición del personal, la tarifa por la atención, el tiempo transcurrido en el establecimiento y la comunicación con el obstetra han influido en la satisfacción de las gestantes.

1. INTRODUCCION

1.1. Identificación del problema concreto con referencia regional y nacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 289.000 mujeres murieron con complicaciones durante su embarazo o el parto en 2013, y entre ellas, el 99% de muertes en madres ocurrieron en los países en crecimiento del África subsahariana y del sur de Asia. En 2013, (1/3) un tercio de las muertes maternas se dieron en India (17%) y Nigeria (14%) (1). Hay casi tres millones de muertes neonatales en el universo cada año, con (2/3) dos tercios en diez países asiáticos y africanos. En la India y Nigeria, la mortalidad en neonatos es alta, que es similar a una cifra alta de muertes maternas. En el mundo en crecimiento, incluidos los países africanos, los sistemas sanitarios sufren diversas deficiencias vinculadas a la capacitación del personal, la detección prenatal, la comprensión y el empleo de protocolos basados en la evidencia, la cesárea rápida, la atención multidisciplinaria y la carencia de apoyo en la mejora de la calidad. Un régimen de salud débil coloca a las gestantes y sus bebés en riesgo de morbilidad y mortalidad. (2)

Las muertes de las madres y los neonatos suelen estar asociadas con un entorno de salud deficiente y una grave falta de recursos sanitarios, incluidos los medicamentos, los que proveen atención y la infraestructura (3). La mala calidad de la atención durante los partos hospitalarios es un importante factor que contribuye a las complicaciones maternas y neonatales en los países en crecimiento (4).

La atención prenatal es lo más significativo en la salud de la mujer. La accesibilidad al cuidado prenatal debe hacerse lo antes posible, siendo durante este tiempo que la enfermedad materna puede ser controlada y los actos preventivos se pueden realizar en nombre de la prole (5). Además del cuidado prenatal y la del parto es otra cuestión muy importante, actualmente más del 50% de las muertes neonatales y maternas ocurren en el parto (6).

La atención prenatal es uno de los pilares fundamentales de la salud en cada sociedad y actúa como una intervención eficaz para mejorar los resultados durante el embarazo (7) (8). La disminución de la muerte materna resultante del embarazo y el parto está en la cima de las prioridades de Salud Mental Organización Mundial de la Salud (OMS) (9). La salud prenatal es eficiente si se brinda servicios preventivos y una administración de intervenciones maternas necesarias. La carencia al acceso de los servicios integrales y adecuados de salud es el obstáculo más significativo en la promoción para la atención materna, de modo que las complicaciones prenatales y la mortalidad en su mayoría pueden evitarse mediante el empoderamiento de los nosocomios de atención integral disponibles. Y factores efectivos de satisfacción de las pacientes, la detección de las debilidades existentes en la prestación de los servicios de salud es uno de los indicadores importantes de la calidad de los servicios de salud y su monitoreo que puede conducir al fomento de los modos de asistencia de los servicios sanitarios estándar. De hecho, la medicina preventiva, la promoción de la conciencia y la satisfacción de las

embarazadas es el camino eficaz hacia la salud social. La educación es fundamental para la cultura, el conocimiento y la tecnología. (10) (11)

1.2. Descripción y caracterización del problema en relación a las causas y consecuencias (*elaborar diagnóstico rápido*)

Se puntualizó que el control prenatal (CP) reduce la morbimortalidad materna y perinatal por la detección y tratamiento oportuno de las complicaciones relacionadas con el embarazo, asegurando que la atención se brinde en instalaciones equipadas adecuadamente. Además define que los partos sean fiables (12), las mujeres sin control prenatal y con partos en su domicilio tienen 19 veces más probabilidades de morir que aquellas que reciben atención prenatal y tienen un parto institucional. Asimismo, este programa tiene un impacto eficaz en el uso de los servicios después del parto (13).

Una función clave de estos programas es ofrecer información y servicios que mejoren significativamente la salud de las mujeres y sus hijos. Vemos que, en los países en desarrollo los programas de CPN con frecuencia están mal implementados y la asistencia a los servicios de salud se dan de manera irregular, con largos tiempos de espera y una deficiente información en la vigilancia de las mujeres (13).

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema general.

¿Cuál es el nivel de satisfacción percibida sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015?

1.3.2. Problemas específicos.

- ✓ ¿Cuál es el nivel satisfacción percibida a nivel humano sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015?
- ✓ ¿Cuál es el nivel satisfacción percibida a nivel técnico sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015?
- ✓ ¿Cuál es el nivel satisfacción percibida a nivel del entorno sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015?

1.4. Planteamiento del propósito o alternativa de solución (respuesta tentativa).

Existen pocos estudios que miden la satisfacción del usuario dentro del sistema de prestaciones de salud, pero siendo el eje esencial del sistema de calidad vigente, es necesario instaurar una secuencia de aspectos factibles de valoración mediante encuestas u otros procedimientos, que permitan recopilar la percepción del usuario con relación a la demanda y los pasos desarrollados durante la prestación del servicio de salud. Esto permite desarrollar un espíritu competitivo en el equipo del establecimiento de salud y servicios médicos de apoyo con el deseo de cubrir con las necesidades y expectativas de las gestantes.

La satisfacción del usuario es uno de los resultados importantes de la atención brindada en los servicios con calidad, lo que influye de manera definitiva en su comportamiento.

La satisfacción de la usuaria depende no sólo de la calidad de los servicios brindados sino también de sus perspectivas con relación a la atención.

1.5. Factibilidad (*académica, apoyo institucional, económica y pertinencia*)

1.5.1. Factibilidad operativa.

El estudio en mención es factible operativamente por contar con profesional capacitado para la ejecución del proyecto de tesis, elaboración del instrumento, en la recolección de los datos, y el análisis con el programa estadístico SPSS versión 22.

1.5.2. Factibilidad Técnica.

La investigación es factible técnicamente pues cuenta con recursos necesarios como: test según los esquemas determinados, conocimientos previos, conocimientos, habilidades, experiencia, en aplicación de programas estadísticos etc., siendo estos indispensables para ejecutar las tareas o procesos que requiere el proyecto, por tanto se valora que los recursos técnicos actuales son suficientes.

1.5.3. Factibilidad Económica.

Los recursos financieros y costos pertinentes que se generen como resultado de la investigación corren por cuenta de la investigadora, así como todo lo concernientes a la difusión para la correspondiente transmisión de conocimiento.

1.6. Antecedentes de la investigación (tesis, artículos, conferencias, etc.)

1.6.1. A nivel internacional.

Farzana I. 2015. **“Percepciones de los proveedores y de los pacientes sobre la calidad de la atención en la salud materna y neonatal en catorce establecimientos sanitarios gubernamentales de Bangladesh: es un estudio de métodos mixtos”**. Bangladesh ha logrado progresos notables en la asistencia sanitaria con una reducción constante de las tasas de mortalidad materna y en niños menores de 5 años en los esfuerzos por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. Sin embargo, las tasas de mortalidad siguen siendo muy elevadas comparados con los países de altos ingresos. La calidad de las necesidades de atención mejora para reducir aún más las tasas de mortalidad. Es fundamental investigar la calidad de atención sanitaria actual antes de implementar cualquier intervención. El estudio se realizó para explorar la apreciación de los que brindan atención médica sobre la calidad de la atención de salud materna y neonatal (MNH). El estudio también investigó la satisfacción del paciente con la atención de MNH recibida de los nosocomios de distrito y subdistrito. En el estudio se utilizó métodos cualitativos y cuantitativos. Dos nosocomios del distrito y 12 subdistritos en Thakurgaon y Jamalpur en Bangladesh fueron los escenarios del estudio. Catorce grupos de discusión y 56 entrevistas en profundidad llevados a cabo entre los proveedores que brindan atención médica. Se realizaron entrevistas de salida a 112 pacientes y sus asistentes de

las salas de maternidad y neonatología antes del alta de los hospitales. Ocho médicos y cuatro antropólogos recopilaron datos entre noviembre y diciembre de 2011 usando pautas pretestadas. El personal del hospital identificó varios factores clave que afectaron la calidad de la atención al paciente: la carencia de recursos humanos, logística; Falta de apoyo de laboratorio; Bajo empleo de protocolos en su aplicación a los pacientes; Una falta de entrenamiento; Y supervisión insuficiente. Los médicos eran incapaces de otorgar atención óptima por la alta afluencia de pacientes. Las entrevistas de salida revelaron que el 85% de los encuestados mostraban satisfacción por la atención recibida. Siete de los 14 encuestados estaban satisfechos con el aseo de los ambientes del establecimiento. Más de la mitad de los encuestados estaban conformes con los fármacos que recibían. En el 50% de las instalaciones, los pacientes no tuvieron la ocasión de preguntar a los prestadores de salud sobre sus condiciones de salud y tratamientos. La calidad del servicio brindado es pobre en los hospitales distritales y sub-districtos de Bangladesh debido a la falta de recursos humanos y de apoyo logístico. Se necesita un enfoque integrado de mejora de la calidad por ende mejorar el servicio de atención de MNH en los hospitales de distrito y sub-distrito de Bangladesh. (14)

Fantaye C. 2014. **“Satisfacción con el servicio de atención prenatal focalizado y factores asociados entre mujeres gestantes que asisten a atención prenatal focalizada a los centros de salud de la ciudad de Jimma, zona de Jimma, Suroeste de Etiopía; Un**

estudio transversal basado en una instalación triangulado con un estudio cualitativo”. La satisfacción es esencial para mejorar aún más la calidad de la atención prenatal enfocada y para proporcionar servicios uniformes de prestación médica a las embarazadas. Teniendo en cuenta que, los estudios del nivel de satisfacción de la gestante con atención prenatal enfocada y factores asociados son escasos. Así, este estudio tiene la finalidad de evaluar la satisfacción con el servicio de atención prenatal enfocada y los factores asociados entre las grávidas que asisten a una atención prenatal enfocada a los establecimientos de salud en la ciudad de Jimma. Se realizó un estudio transversal fundamentado en la instalación que incluyó métodos cualitativos y cuantitativos de recopilación de datos del 1 al 30 de febrero de 2013. Trescientas ochenta y nueve (389) embarazadas que acudieron a los servicios de salud fueron incluidas en el estudio. Se empleó un cuestionario semi-estructurado y una guía de discusión en grupos focales para obtener la información necesaria para este estudio. Los datos cuantitativos se analizaron utilizando SPSS para Windows versión 16.0. Se empleó un modelo de regresión logística para relacionar el nivel de satisfacción por variables predictoras. Los datos cualitativos se observaron sobre la base de marcos temáticos para apoyar los resultados cuantitativos. Más de la mitad de las encuestadas (60,4%) estaban satisfechos por el servicio que recibían. En cuanto a componentes específicos, un gran número de los encuestados (80,7%) se mostraban satisfechos con la relación interpersonal, y el 62,2% estaban satisfechos por la organización

durante la atención recibida Mientras que el 49,9% de los encuestados no estaban complacidos respecto a la calidad técnica y el 67,1% no estaban complacidos con el medio físico. El resultado del análisis de regresión logística multivariante mostró que el modelo del establecimiento de salud, el nivel de formación educativa de la gestante, el ingreso familiar mensual, el tipo de gestación y la historia de muerte del producto fue el pronóstico del nivel de satisfacción. El estudio descubrió que la insatisfacción era alta en las madres que utilizaban los servicios en el establecimiento de salud de Jimma, en madres con nivel de educación terciaria, con un ingreso familiar promedio mensual > 1000birr, en la mujer con embarazo no planeado y en madres con antecedentes de muerte fetal. A pesar de que un mayor porcentaje de mujeres (60,4%) estaba satisfecho con la atención prenatal enfocada, el nivel de satisfacción fue menor en confrontación con diferentes estudios. El investigador recomienda que la retroalimentación del paciente se reconozca como un método legítimo para evaluar los servicios de salud del establecimiento como un todo. (15)

Duysburgh E, Williams A. 2014. **“Calidad de la atención prenatal y del parto en el norte de Ghana”**. El plan de investigación QUALMAT cuyo objetivo es mejorar la salud materna y neonatal mediante la mejora de la calidad de los cuidados prenatales y del parto en los establecimientos de nivel primario. En el contexto de este proyecto, se realizó una evaluación exhaustiva de la calidad en determinados centros de salud del norte de Ghana. El resultado de

esta evaluación mostró que la calidad universal de la atención prenatal y el parto de rutina era satisfactoria, aunque se identificaron algunas brechas críticas. Es necesario mejorar las prácticas de asesoramiento y educación sanitaria; Las investigaciones de laboratorio a menudo no se realizan; El examen, la vigilancia de la madre y del recién nacido durante el parto son inadecuados; Los partogramas a menudo no se usan y se terminan mal; Y el equipo para proporcionar partos vaginales asistidos estaba ausente. (16)

Guimarães, A. 2012. **“Atención prenatal y asistencia al parto en mujeres amazónicas antes y después de la Construcción de la Carretera del Pacífico (2003-2011): un estudio transversal”**. El cuidado prenatal y el parto es primordial para la salud de las mujeres y los niños, pero en la Amazonía estos indicadores tienden a ser históricamente desfavorables, en parte por la incomunicación geográfica y política. En 2003, los gobiernos de Brasil y del Perú han terminado de pavimentar un camino internacional que conecta las áreas remotas de la Amazonía brasileña a la costa del Pacífico en Perú. Métodos: La situación del cuidado prenatal y el parto con madres de niños menores de 5 años residentes en la zona urbana de Assis Brasil, Acre, se evaluó en dos estudios transversales realizados en 2003 y 2011, correspondientes al período anterior y posterior a la carretera del Pacífico construcción. En 2003, un gran número de las madres eran afroamericanas o afroamericanas (77.69%), tenían más de 4 años de escolaridad (73.40%) y la edad media fluctuaba de 22 - 18 años. En 2011, la salida de mujeres indígenas aumentó de 0 a

14,40%, por la migración de comunidades a lo extenso de los ríos a zonas urbanas, sin cambios significativos en las características maternas. No se contempló una mejora significativa en la asistencia al parto entre 1997 y 2011; El porcentaje de partos vaginales intrahospitalarios realizado por médicos aumentó de 17,89 a 66,26% ($p < 0,001$) durante este período. El acceso al servicio prenatal se ligó con la etnia blanca en 2003, y el nivel socioeconómico más alto y la etnia blanca en 2011, mientras que las visitas prenatales con mayor número se vinculó con una mayor educación materna y mayores niveles socioeconómicos en 2011. El parto eutócico (vaginal) en una instalación hospitalaria fue Asociado a la edad de la madre en 2003, y año de nacimiento, siendo de etnia blanca y nivel superior de educación en 2011. El indicativo de atención prenatal y parto infantil fueron inferiores al promedio nacional, mostrando que el acceso geográfico aún afecta la atención de salud en la mujer de la Amazonia, a pesar de la construcción de la carretera y los protocolos gubernamentales de salud adoptados durante este período. (17)

Nwaeze IL, Enabor OO, Oluwasola TAO, Aimakhu CO. 2013. **“Percepción y Satisfacción con Calidad de los Servicios de Atención prenatal entre Mujeres Embarazadas en el Hospital Universitario, Universidad de Ibadan, Nigeria”**. La atención prenatal es de importante en el servicio de salud porque detecta y en ocasiones reduce el riesgo de complicaciones entre las embarazadas. Es probable que la atención con calidad sea influyente en la utilización efectiva y en el cumplimiento de las intervenciones. Este estudio

evaluó la apreciación de las usuarias sobre la calidad de los cuidados prenatales en el Hospital Universitario Universidad (UCH), Ibadan y determinados niveles de satisfacción del cliente. Métodos: Las embarazadas que asistieron a su atención prenatal en el centro de estudios fueron entrevistadas en un diseño transversal utilizando un cuestionario estructurado. Los ítems del cuestionario incluyeron variantes sociodemográficas y obstétricas, evaluando la calidad de los servicios, tiempo de espera y nivel de satisfacción. Los datos se analizaron mediante tablas de frecuencia, tabulaciones cruzadas de Chi cuadrado y regresión logística. El valor p se estableció en $P < 0,05$. Resultados: Hubo 239 participantes; 74% de las embarazadas tenían entre 25 y 34 años; El gran número de encuestadas (86%) tenían educación terciaria, y el 49,4% eran trabajadores calificados o profesionales. En el 57,7% de las gestantes, la edad gestacional fue entre 13 y 27 semanas, entretanto el 66,1% fueron Pará 1-4. Las instalaciones y el suministro de agua se consideraron insatisfactorios en el 60,7% y el 61,9%, respectivamente. La atención clínica se consideró buena con el 81,1% de los encuestados; La única asociación significativa con la complacencia del paciente siendo su deseo de registrarse en el hospital para su siguiente embarazo. Conclusión: El índice general de atención es alto en los servicios prenatales entre las embarazadas en UCH. Los responsables de formular políticas y los proveedores de salud deben mejorar los servicios, reducir el tiempo de espera y garantizar que las

intervenciones sanitarias estén disponibles para todos los clientes.

(18)

Van den Broek, Graham W. 2010. **“Calidad de la atención a la salud materna y neonatal: la agenda descuidada”**. La calidad de atención que se da a las madres y los infantes en los países en desarrollo es a menudo reportada como mala. Sin embargo, los esfuerzos para abordar este factor contribuyente a la mortandad materna y neonatal han recibido menos atención si se compara con las barreras de acceso a la atención. La actual preocupación por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 ha iluminado la negligente agenda de calidad. Si bien no han dado una definición universal aceptada de "atención de calidad", se reconoce ampliamente que abarca múltiples niveles: desde el paciente hasta el sistema de salud, y múltiples dimensiones, incluyendo la seguridad y la eficiencia. De esta forma, la atención con calidad debe ser el centro de todas las estrategias para apresurar el avance hacia los ODM 4 y 5. Las intervenciones que midan y mejoren la calidad necesitan estar basadas en la evidencia. Dos enfoques prometedores son las revisiones de la mortandad materna y perinatal y la auditoría basada en criterio. Estas y otras herramientas de mejora de la calidad tienen un papel crucial que desempeñar en la implementación para brindar una atención materna y neonatal eficaz. (19)

1.6.2. A nivel nacional.

Cadenillas Esquivel, Rudy Mariela en el año 2014 investigo el **“nivel de satisfacción en atención prenatal relacionada con continuidad a sus atenciones en adolescentes primigestas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote”**. La muestra fue conformada por 90 adolescentes primigestas. El 26% de las grávidas adolescentes se encontraron satisfechas con la atención que recibieron, el 41% estuvo satisfecha. Y el 58% se mostró poco satisfecha con la atención recibida; de lo cual el 48% las edades fluctúan de 15-19 años. El 41% corresponde a la zona urbana; y el 17% a la zona rural. Se evidenció que la atención que dio el Gineco-obstetra fue poco satisfactoria para las pacientes. (20)

El Agustino, Lima Perú. 2011. Torres Capcha, Peter Alexander. **“Calidad de la atención obstétrica y la satisfacción de usuarias del control prenatal en un centro de salud del Agustino”**. La muestra corresponde a 53 puérperas. El indicador de calidad en relación a la satisfacción de las grávidas que asisten a su control son la privacidad, la oportunidad ser atendidas y la competencia técnica. Se concluye que los indicadores de la calidad que no tuvieron relación a la satisfacción de las gestantes fueron la disponibilidad el trato recibido, la participación, la información, la ambientación, el tiempo de espera y la capacidad de reclamo. (21)

1.6.3. A nivel regional

Tingo María – Perú. 2013. Alegría Durand, George Jordy. “**nivel de satisfacción del usuario externo atendido en el servicio de emergencia del hospital Tingo María, diciembre 2012 – febrero 2013**”. Es un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo observacional descriptivo, corte transversal. Los pacientes fueron seleccionados mediante Muestreo no Probabilístico Intencional o de Conveniencia. Se aplicó una encuesta para evaluar el nivel de satisfacción con la atención recibida en la unidad de Emergencia mediante una escala de Likert; viendo las percepciones del paciente que tuvo durante su atención en relación a calidad y calidez. **Resultados:** Se entrevistó a 138 pacientes; la edad promedio de 35-81 años, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 60 años; con una desviación estándar de 11,8. Analizando a través de algunos indicadores sociodemográficos vemos que el sexo masculino acudió en un 51% a la atención en emergencia, el 75% de pacientes proceden del área urbana. En relación al nivel de satisfacción global, dimensión calidad y calidez, el usuario de emergencia refirió encontrarse en un nivel de satisfacción media. **Conclusiones:** Los usuarios que recibieron atención en el servicio de emergencia del hospital Tingo María; el 52% refiere haber tenido un nivel de satisfacción media, con una tendencia al alta con el 26% para la dimensión calidad. Para la dimensión calidez el usuario alcanza un nivel de satisfacción media con un 64% seguida con un 26% de nivel de satisfacción alta. (22)

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Determinar el nivel de satisfacción percibida sobre calidad de atención en el control prenatal en embarazadas que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

1.7.2. Problemas específicos.

- ✓ Identificar el nivel satisfacción percibida a nivel humano sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.
- ✓ Identificar el nivel satisfacción percibida a nivel técnico sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.
- ✓ Identificar el nivel satisfacción percibida a nivel del entorno sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

2. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL (BREVE)

2.1. Breve referencia histórico evolutiva y *el estado actual del problema*)

Al revisar la historia de la calidad en los servicios de salud hemos podido sacar el resumen y brindar los siguientes puntos en orden cronológica del desarrollo de la calidad en salud (23):

- ✓ Código de Hamurabi 1200 a.c.: Sanciones por errores médicos por malos resultados.
- ✓ Juramento Hipocrático 460 a.c: Patrones de comportamiento que exigía entre los discípulos de hipocrates. “Primum non nocere”
- ✓ El Texto de Galeno 200 d.c : Consistía en normas de intervención medica
- ✓ Florence Nightingale: Parámetros de comparación del cuidado del paciente solidaridad diligencia y cuidado en hospitales.
- ✓ Informe Flexter : presenta un informe de la situación dramática de los hospitales de los EEUU
- ✓ Colegio Americano de Cirujanos informa sobre inadecuados registros médicos en las historias clínicas.
- ✓ Fundación Carmegie establece “Estandares y requerimientos mínimos para la apertura de un hospital”
- ✓ En 1951 Join Comition para la acreditación de Hospitales y su evaluación por pares.

2.2. Marco conceptual o aspectos teóricos, de las variables.

2.2.1. Satisfacción en salud.

La satisfacción es una idea psicológica, difícil de definir, más aún en el ambiente sanitario (24). Algunos autores definen la satisfacción como la coincidencia entre las expectativas y los resultados (25).

a. División de la satisfacción.

Se refiere al agrado del usuario (en relación a sus expectativas) por el servicio obtenido y la del proveedor de salud por el modo en la cual brindó el servicio. Se puede dividir en tres grados:

- ✓ Satisfacción buena: Cuando las perspectivas de la usuaria son cubiertas en su integridad.
- ✓ Satisfacción regular: Cuando las perspectivas de la usuaria se cubren parcialmente.
- ✓ Satisfacción mala: Cuando las perspectivas de la usuaria no son cubiertas. Los grados de satisfacción se obtendrán asignando valores y rango de promedios a las respuestas de las usuarias, asignando valores a las respuestas que ellas daban de acuerdo a la escala de Likert. (26)

b. Factores de la satisfacción en salud

Como se ha ido mencionando, hay muchos factores vinculados con la satisfacción. Uno de ellos es la información que ofrecen los profesionales a los usuarios, siendo una de las variables que más se miden en la encuesta de satisfacción. La información brindada por los profesionales es importante por dos motivos:

1) El primero, porque impulsa a los usuarios a llevar hábitos más saludables.

2) El segundo, porque influye en la satisfacción de las usuarias.

La satisfacción del paciente fundamenta una medida como consecuencia de la asistencia medica que ha sido relacionada directamente con la mejora del cumplimiento terapéutico del paciente, del empleo de seguridad social o de la continuidad de cuidados (30) (29)

2.2.2. Calidad de atención prenatal

Numerosos estudios demostraron que la calidad de la atención recibidos por las madres y los bebés y en particular marginados pobres es pobre en muchos países en desarrollo, por lo que hay altos niveles de Mortalidad de la madre y del recién nacido. (31)

No existe una definición universalmente aceptada Calidad de la atención, pero cada vez más la naturaleza compuesta Se reconoce la calidad. El Instituto de Medicina, por Ejemplo, identifica los seis elementos de eficacia, seguridad, Puntualidad, eficiencia, equidad y capacidad de respuesta a las preferencias, Necesidades y valores de las mujeres y sus familias - Como personas y poblaciones. (32)

Definición: de la calidad en el entorno de la salud materna, Hulton Et al. (2000) Incorporó el concepto de Y el acceso oportuno, y de derechos de salud reproductiva: «Calidad de la atención es el nivel en que la salud materna, Servicios para las personas y las poblaciones aumentan en el tratamiento oportuno y apropiado para el propósito

Lograr resultados deseados que son Consistente con el conocimiento profesional actual y Derechos reproductivos básicos. Esto reconoce la importancia de dos componentes Cuando: la calidad de la asistencia en la atención - el servicio y El sistema y la calidad de la atención que experimentan los usuarios. El Uso de servicios y los resultados son el resultado no sólo del De la atención de las mujeres, sino también de la experiencia cuidado. Dotar de cuidados puede considerarse de alta calidad Normas de atención reconocidas, pero inaceptable para La mujer, su familia y la comunidad. A la inversa, Algunos aspectos de la atención pueden ser populares entre las mujeres, pero Ser ineficaces o dañinos para su salud y la de sus criaturas. Aunque esta definición parece referirse al Servicio de salud "formal", claramente los problemas de la atención También son frecuentes en el sector informal, por ejemplo, los servicios brindados por «charlatanes» o Entrenadores Tradicionales no entrenados. Pasando al enfoque basado en los derechos para mejorar los Sistemas y servicios en salud, éstos se han concentrado a menudo en el acceso y la utilización de los servicios de maternidad de calidad. Sistemas de salud Analizar en qué medida los servicios están disponibles, Accesible, aceptable y de mayor calidad posible, Puede ser valiosa para identificar problemas y diseñar intervenciones Que son basados en derechos. Garantizar que el servicio de maternidad Exista y sean financieramente y físicamente accesibles Ilumina necesariamente los derechos. Centrarse en los profesionales que brindad atención médica y asegurarse de que son responsables ante las mujeres que buscan

atención es otro enfoque de este tipo. La calidad de la atención Por lo tanto es, un componente esencial de cualquier programa que respalde Los principios básicos de un enfoque de salud reproductiva. En los últimos 20 años, la existencia de la Práctica ha puesto de relieve la doble importancia de la Intervención y eficacia de la aplicación. Tal la práctica puede ser vista como la conciencia, la explícita y la juiciosa El uso de las pruebas contemporáneas de investigación las Decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales. (33) (34)

Sin embargo, se reconoce cada vez más que la Práctica no sólo es necesaria para el cuidado individual sino los niveles de servicio, programa y política. Destaca La obligación de examinar los problemas de eficacia y rentabilidad Así como la equidad de implementación. Esto requiere Evidencia sólida de la investigación de implementación²⁸ y Evaluaciones complejas de programas y estrategias, como Las realizadas por Immpact. (35)

Una fuente vital de la práctica fundamentada en la evidencia es la síntesis de investigación Que proporciona una evaluación crítica y un resumen de Investigaciones confiables sobre los beneficios y los daños de las Intervenciones. Los primeros resúmenes sistemáticos de intervenciones En experimentos controlados aleatorios fueron durante la gestación y el parto. El Grupo de la Colaboración Cochrane realiza, promueve Acceso a las revisiones sistemáticas actualizadas de los Ensayos controlados de intervenciones en el embarazo y el parto. Para muchos profesionales de la salud de bajos y medianos ingresos, los enfoques basados en la evidencia son relativamente nuevo. Una

variedad de estrategias para cambiar la conducta de los profesionales de salud, como La educación continua o la difusión de Materiales. Es importante las intervenciones para cambiar la práctica Se fundamentan en pruebas de si son eficaces o no. La diseminación pasiva de evidencia sola, como Conferencias didácticas, a menudo no es eficaz para cambiar de práctica. Intervenciones que promuevan la participación, por ejemplo mediante talleres interactivos, Y la retroalimentación, parecen ser más efectivas. (36)

2.2.3. Dimensiones de la calidad

Dueñas O., hace énfasis en las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud: (37)

- ✓ La dimensión humana
- ✓ La dimensión técnica
- ✓ La dimensión del entorno

a. Dimensión humana de la calidad

Según el Ministerio de Salud está referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características: (37)

- ✓ Respeto a los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- ✓ Información completa, veraz apropiada y entendida por la gestante.
- ✓ Interés manifiesto en la persona, en sus apreciaciones, necesidades y demandas.
- ✓ Mostrar amabilidad, calidez y empatía durante la atención.

- ✓ Ética, de acuerdo a los valores admitidos por la sociedad y los principios éticos - deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de salud.

b. Dimensión técnico-científica

Circunstancias locales que pueden influir en cómo se evalúa la atención técnica, se encuentran diferencias en la disponibilidad y la particularidad de los recursos humanos y materiales. (37)

c. Dimensión de Entorno

Murray y Zentner definen entorno como la suma de “todas las condiciones e influencias externas que dañan la vida y al desarrollo de un organismo y son capaces de eludir, suprimir o contribuir a las enfermedades, los accidentes o la muerte” y; aunque Nightingale jamás mencionó el término entorno de forma expresa en sus escritos, define y describe en detalle los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, todos ellos componentes de dicho entorno. (37)

2.3. Teoría científica que sustenta.

2.3.1. La teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente.

La teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente sostiene que una dimensión de los productos o servicios están relacionadas con la satisfacción del cliente, y otras muy diferentes se relacionan con la insatisfacción del cliente. (38)

Swan y Combs (1976), Maddox (1981), Bitner, Booms y Tetreault (1990), y Silvestro y Johnston (1990) estudian la teoría de los dos factores en el entorno de la satisfacción del cliente. (38)

Ninguna de las 4 investigaciones llegan a la conclusión que existan dimensiones que solo producen satisfacción o que sólo producen insatisfacción, mas aún hay dimensiones asociadas a la satisfacción o a la insatisfacción. (38)

No obstante todos estos estudios utilizan el método del incidente crítico, el análisis de los datos realizados (y por tanto, las dimensiones obtenidas), los productos y/o servicios estudiados y los segmentos de clientes observados son distintos. (38)

2.4. Definición operacional de palabras clave (no mayor de 5)

Accesibilidad

Posibilidad de ser atendidos por los servicios. Existen a lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras culturales, del idioma, etc.)

Producto y/o servicio

Resultado de un proceso o un conjunto de procesos

Satisfacción de los usuarios

Bienestar de los usuarios frente al nivel técnico de la atención, dimensiones ambientales, institucionales, la forma de pago y el importe por la atención recibida.

Usuarios (customers)

Los usuarios son definidos con relación a un determinado proceso. Son los que reciben la atención resultante de un proceso.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método, nivel de investigación.

Según la intervención del investigador el estudio es **observacional**.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio es **prospectivo**

Según el número de mediciones de la variable de estudio es de corte **transversal**.

Según la cantidad de variables a estudiar el presente estudio es **descriptivo**.

3.2. Operacionalización de la hipótesis y variables

a) Hipótesis

H₀: La calidad de atención en el control prenatal es satisfactoria desde la percepción de las gestantes que acuden a su control prenatal en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

H_a: La calidad de atención en el control prenatal NO es satisfactoria desde la percepción de las gestantes que acuden a su control prenatal en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

b) Sistema de variables, dimensiones e indicadores

Variable independiente: Calidad de la atención en el control prenatal.

Variable dependiente: Nivel de satisfacción percibida por las gestantes

c) Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE Calidad de atención en el control prenatal.	Grado en que se Cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo a principios y prácticas generalmente aceptados.	✓ Satisfacción percibida a nivel humano sobre calidad de atención en el control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando te atiende, el obstetra te mira directamente y te llama por tu nombre. ✓ Cuando te atiende, el obstetra te permite expresar tus preocupaciones y temores. ✓ El obstetra mantiene contigo una muy buena relación. 	Cualitativa	Nominal.
		✓ satisfacción percibida a nivel técnico sobre calidad de atención en el control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante tu permanencia en el establecimiento el obstetra ✓ Cuánto tiempo tardó el obstetra en atenderle. ✓ La atención que te otorgó el obstetra fue buena, regular o mala 	Cualitativa	Nominal.
		✓ satisfacción percibida a nivel del entorno sobre calidad de atención en el control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La sala de espera está limpia y tiene buena ventilación. ✓ El consultorio está limpio y con buena iluminación ✓ Observa que el personal de obstetricia muestra interés por el mantenimiento de la higiene y el orden de la sala. 	Cualitativa	Nominal.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de satisfacción percibida por las gestantes	Capacidad de captar y conocer elementos de nuestro entorno, por medio de los sentidos.	Satisfecho	Buena calidad en atención percibida	Cualitativa	Ordinal
		Moderadamente Satisfecho	Mediana calidad en atención percibida	Cualitativa	Ordinal
		Insatisfecho	Mala calidad en atención percibida	Cualitativa	Ordinal

3.3. Cobertura del estudio

a) Población o Casos, del sector, institución o área de investigación.

La población esta constituidas por todas las gestantes atendidas (seis controles) en los consultorios de atención prenatal del centro de salud Carlos Showing Ferrari del periodo marzo a junio del 2015, con un total de 99 gestantes atendidas.

b) Muestra (*tipo de muestreo, ¿por qué?*)

La muestra será calculada con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aprobamos para lograr el nivel de confianza deseado. En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por el diseño que tiene la distribución de Gauss:

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{84 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(84 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 70$$

c) Delimitación geográfico-temporal y temática

- ✓ País: Perú
- ✓ Departamento: Huánuco
- ✓ Provincia: Huánuco
- ✓ Distrito: Amarilis
- ✓ Área: Urbana

3.4. Técnicas e instrumentos

a) Para recolección de datos y organización de datos

Se empleará la observación estructurada ya que se determinó con anterioridad lo que se va observar. Así mismo se aplicó el cuestionario como instrumento de recolección de datos, el cual se conformó por preguntas cerradas dicotómicas y polifónicas con un lenguaje adaptado a las características del respondedor.

b) Interpretación de datos y resultados

- Revisión de los datos. Se examinará en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las modificaciones necesarias.
- Codificación de los datos. Se realizará la codificación en la etapa de recolección de datos, cambiando en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutará de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

- Presentación de datos. Se presentará los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

c) Análisis y datos, prueba de hipótesis

Una vez que la información sea recolectada en el formulario específico para el efecto, se procederá a la creación de una base de datos en el Software Excel 12.0 para Windows 8, para su posterior limpieza y análisis en los Software SPSS 20.0. Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado, en donde las variables cualitativas serán expresadas en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en promedios y desvíos estándar.

4. RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados en concordancia con las variables y objetivos.

Tabla n° 01.

Descripción de la distribución según la edad de las gestantes.

Estadísticos	Gestantes
Muestra	70
Media	22,11
Mediana	21,00
Moda	18
Desviación estándar	4,207
Rango	22
Mínimo	18
Máximo	40

Fuente: Instrumento de medición.

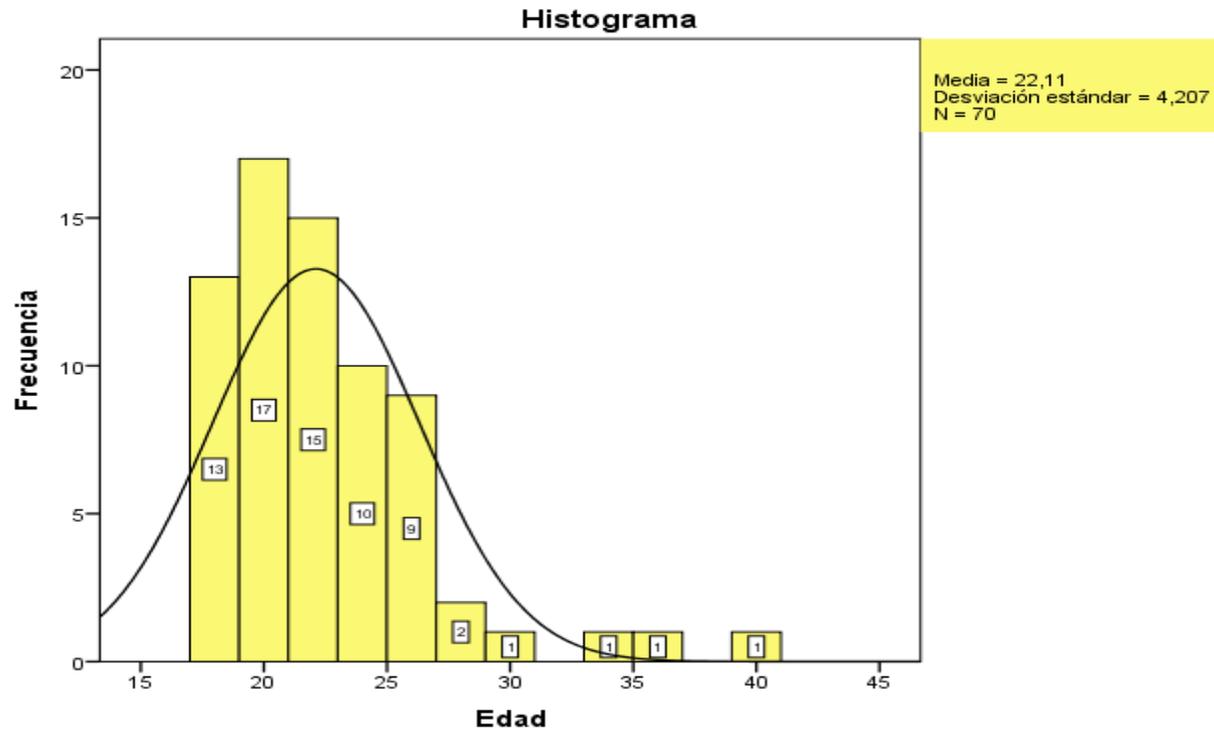
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Las gestantes que acudieron a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari mostraron una edad media de 22 años \pm 4 años, como una mediana también de 21 años, así como la edad que más se repitió fue la edad de 18 años (moda), la edad mínima de las gestantes de este grupo fue de 18 años y la máxima de 40 años.

Grafica n° 01

Representación gráfica de la distribución según la edad de las gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 02.

Descripción de la distribución según el estado civil de las gestantes.

Estado Civil	Gestantes	
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	16	22.9
Casada	16	22.9
Conviviente	38	54.3
Total	70	100

Fuente: Instrumento de medición.

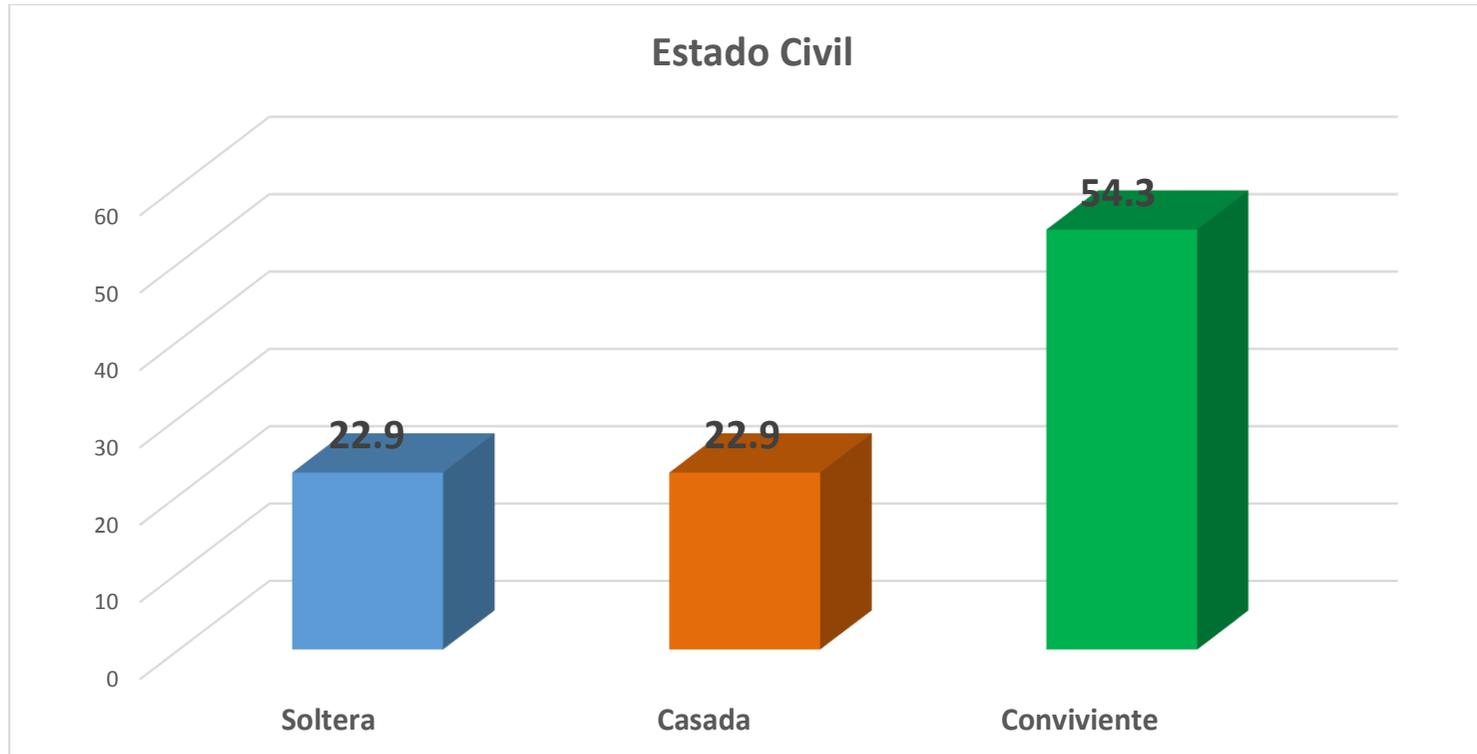
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari mostraron que el mayor porcentaje de su estado civil son convivientes con un 54,3%; un 22,9% son solteras y otro 2.9% son casadas.

Grafico n° 02.

Representación gráfica sobre le distribución según el estado civil de las gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 03.

Descripción de la distribución según la instrucción de las gestantes.

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	0	0
Secundaria	32	45.7
Técnico	12	17.1
Universitaria	26	37.1
Total	70	100

Fuente: Instrumento de medición.

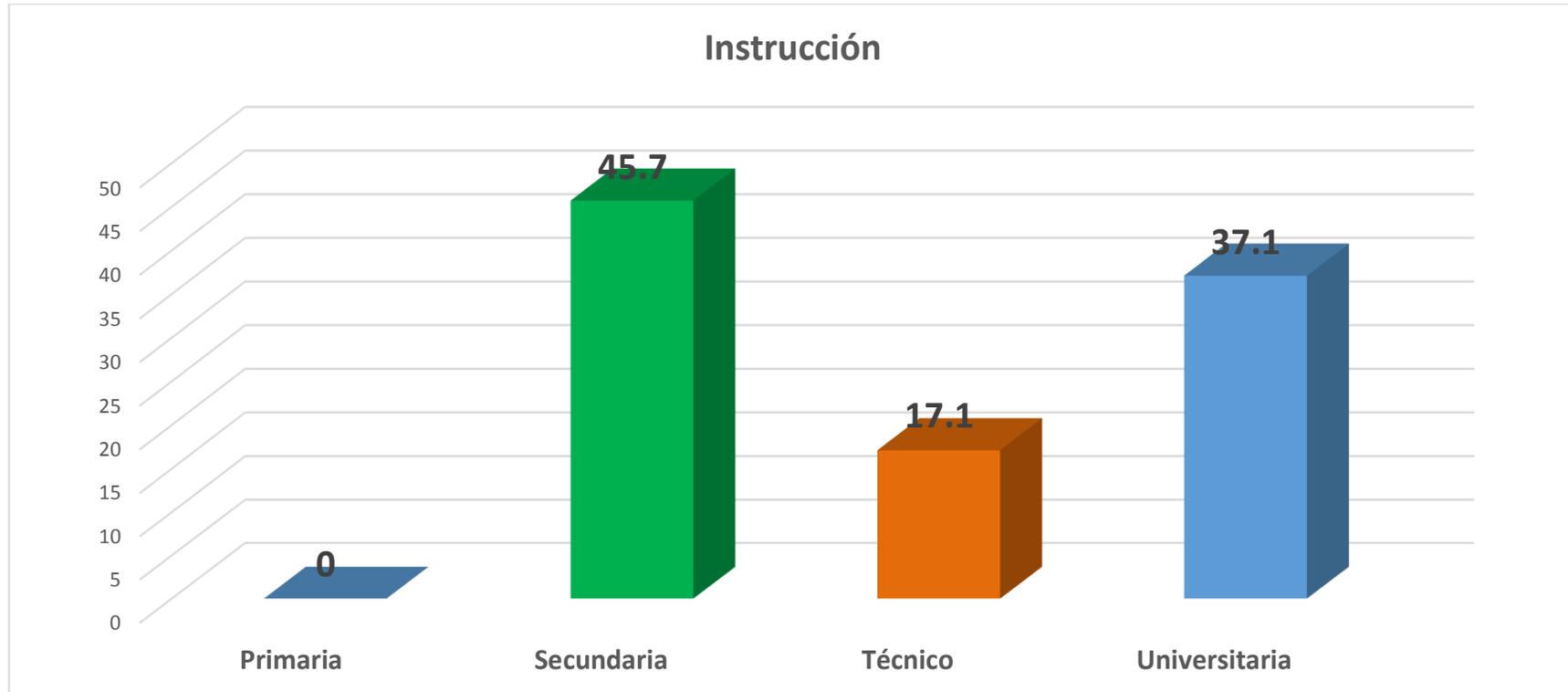
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari mostraron que el 45,7% tuvieron una instrucción a nivel secundaria; un 37,1% una instrucción universitaria y un 17,1% instrucción técnica.

Grafico n° 03.

Representación gráfica de la distribución según la instrucción de las gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 04.

Descripción de la distribución según la procedencia de las gestantes.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	10	14.3
Urbana	60	85.7
Total	70	100

Fuente: Instrumento de medición.

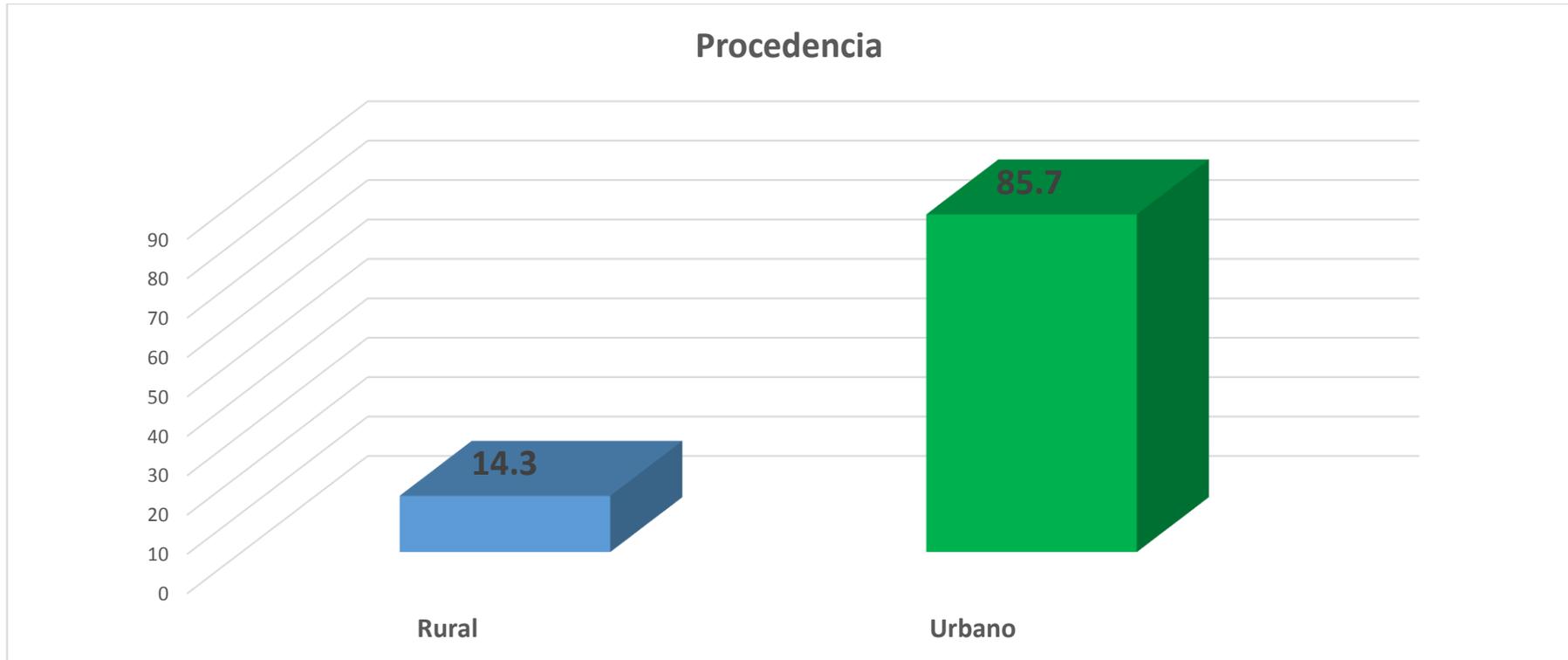
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari mostraron que el mayor porcentaje en relación a la procedencia corresponde a gestantes procedentes de zonas urbanas con un 85,7% y un 14,3% de gestantes de zonas rurales.

Grafico n° 04.

Representación gráfica de la distribución según la procedencia de las gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 05.

Descripción de la distribución según la cantidad de controles prenatales realizados a las gestantes.

Controles prenatales.	Gestantes	
	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2 controles	7	10,0
De 3 a 4 controles	18	25,7
De 5 a 6 controles	45	64,3
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de medición.

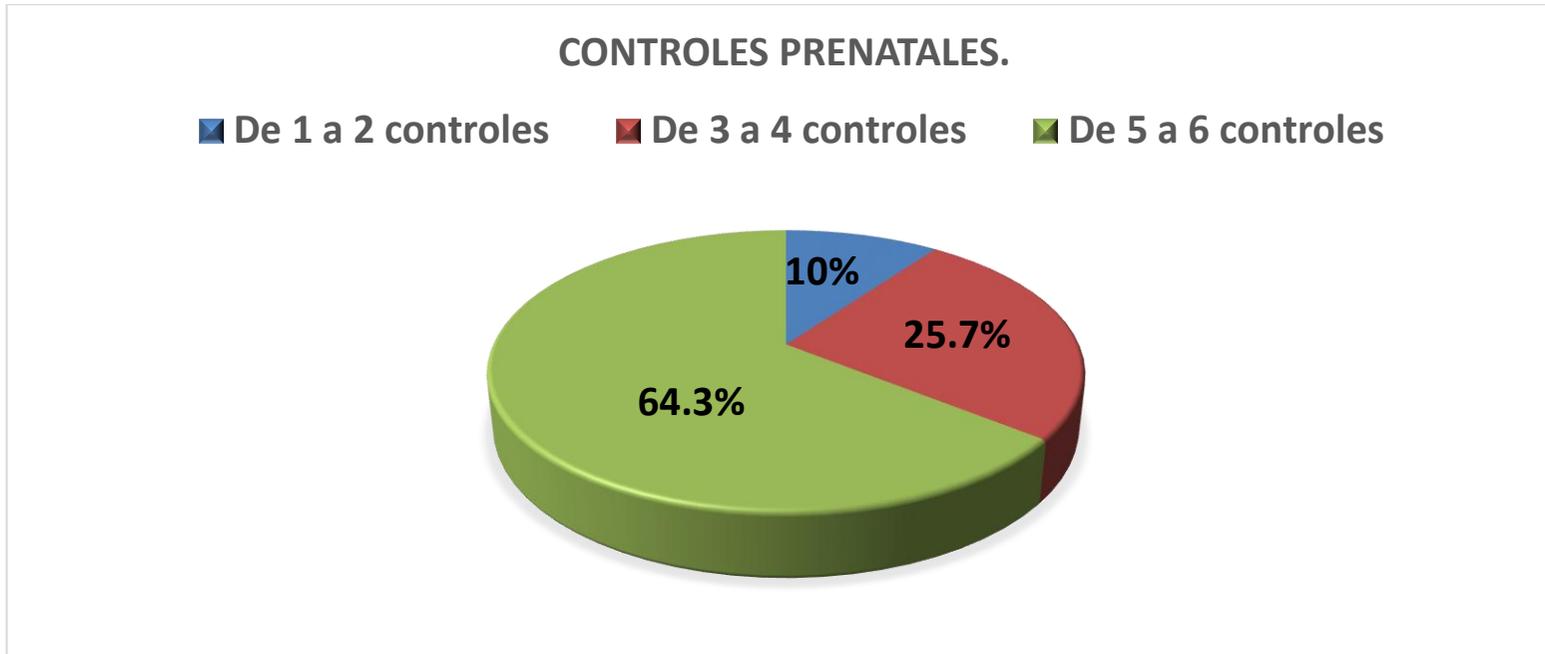
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

En las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 64,3% tuvieron de 5 a 6 controles, un 25,7% tuvieron de 3 a 4 controles y un 10% solo entre 1 a 2 controles prenatales.

Grafica n° 05.

Representación gráfica de la distribución según la cantidad de controles prenatales realizados a las gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 06.

Descripción de la distribución según la satisfacción percibida a nivel Humano sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.

Satisfacción a nivel humano	Gestantes	
	Frecuencia	Porcentaje
Mala satisfacción	16	22,9
Regular satisfacción	32	45,7
Buena satisfacción	22	31,4
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

En las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 45,7% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales desde la perspectiva del factor humano; así mismo un 31,4% manifestaron tener una buena satisfacción y un 22,9% de las gestantes manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.

Grafica n° 06.

Representación gráfica de la distribución según la satisfacción percibida a nivel Humano sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 07.

Descripción de la distribución según la satisfacción percibida a nivel Técnico sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.

Satisfacción a nivel técnico	Gestantes	
	Frecuencia	Porcentaje
Mala satisfacción	24	34,3
Regular satisfacción	24	34,3
Buena satisfacción	22	31,4
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de medición.

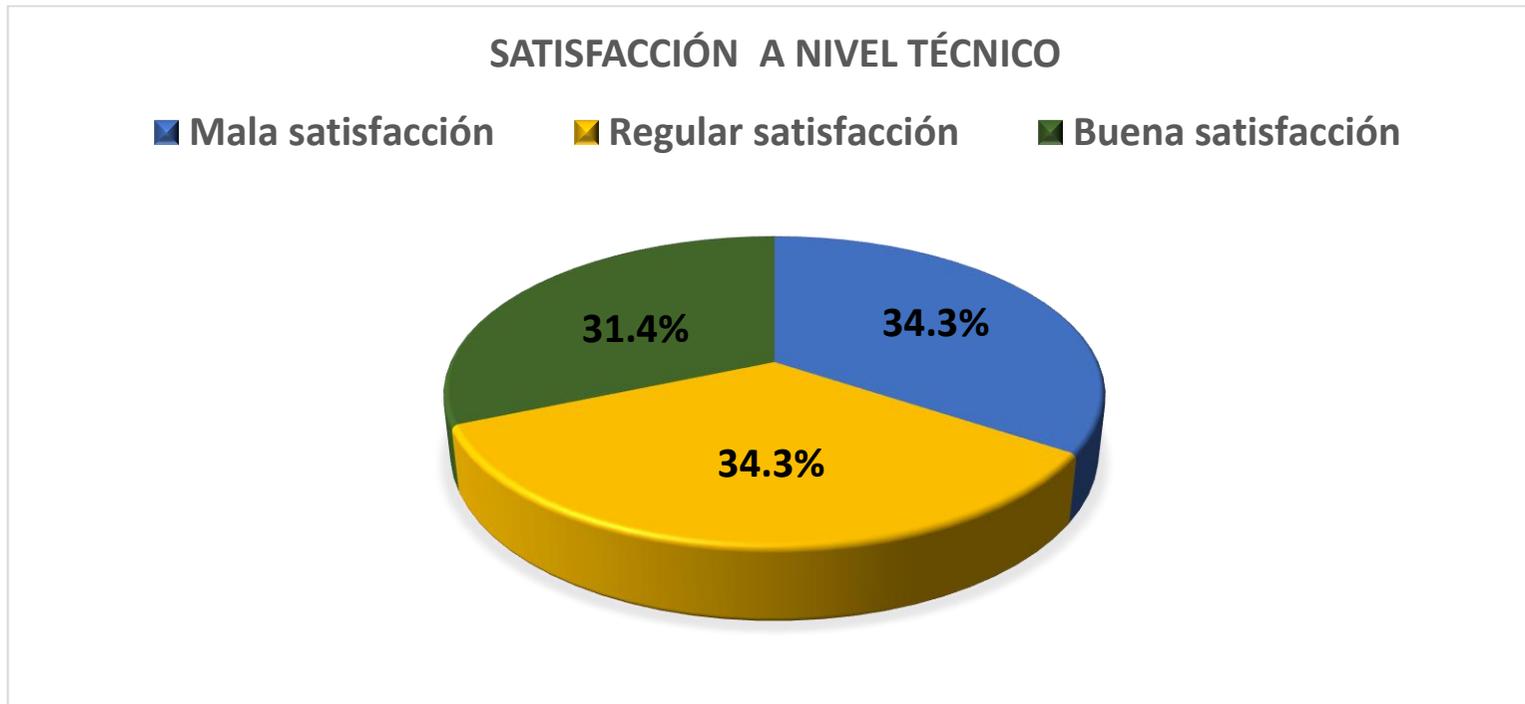
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

En las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 34,3% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular y otro grupo también en la misma proporción del 34,3% manifestaron tener un nivel malo de satisfacción sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales desde la perspectiva del factor técnica del obstetra que le atendió; así mismo un 31,4% manifestaron tener una buena satisfacción.

Grafica n° 07.

Representación gráfica de la distribución según la satisfacción percibida a nivel Técnico sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 08.

Descripción de la distribución según la satisfacción percibida a nivel del Entorno sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.

Satisfacción a nivel entorno	Gestantes	
	Frecuencia	Porcentaje
Mala satisfacción	16	22,9
Regular satisfacción	24	34,3
Buena satisfacción	30	42,9
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de medición.

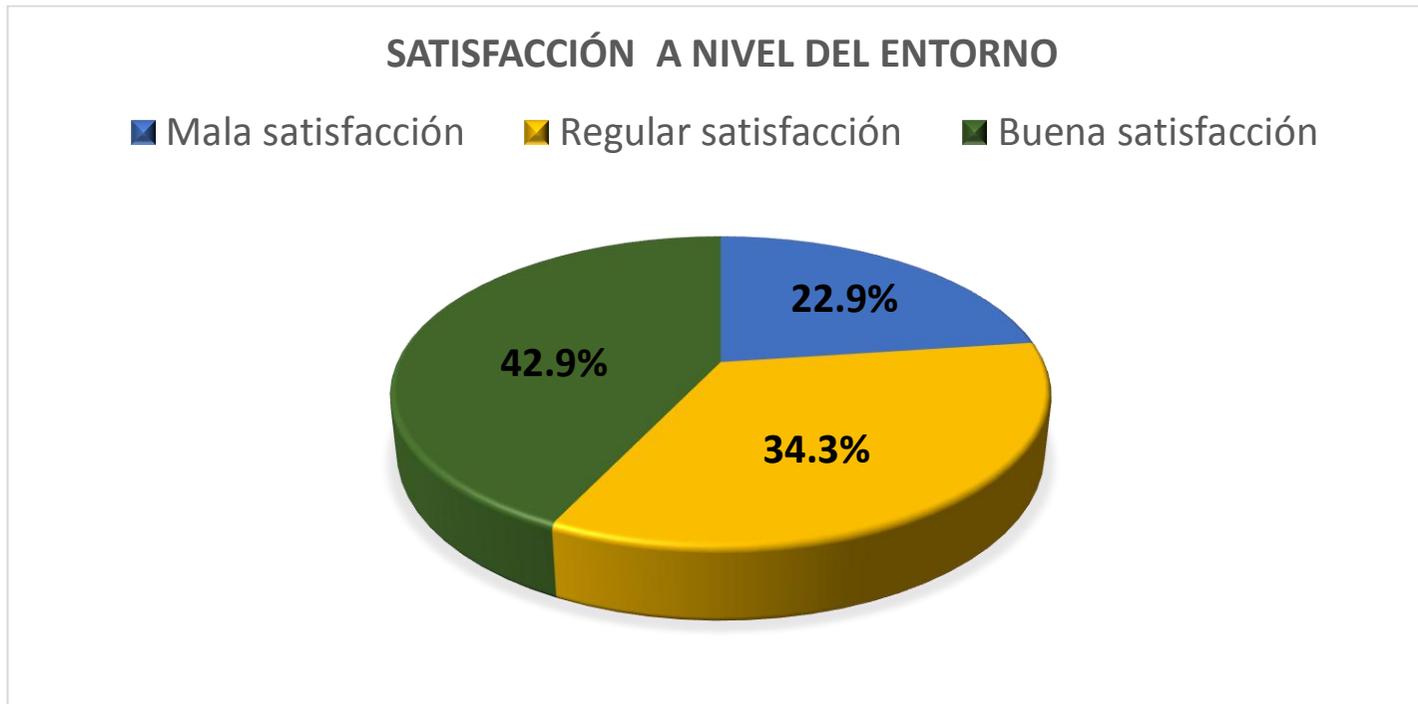
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

En las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 42,9% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción bastante bueno sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales desde la perspectiva del factor entorno; así mismo un 34,3% manifestaron tener un nivel de satisfacción regular y un 22,9% de las gestantes manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.

Grafica n° 08.

Representación gráfica de la distribución según la satisfacción percibida a nivel del Entorno sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Tabla n° 09.

Descripción de la distribución según la satisfacción percibida sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.

Satisfacción total	Gestantes	
	Frecuencia	Porcentaje
Mala satisfacción	16	22,9
Regular satisfacción	32	45,7
Buena satisfacción	22	31,4
Total	70	100,0

Fuente: Instrumento de medición.

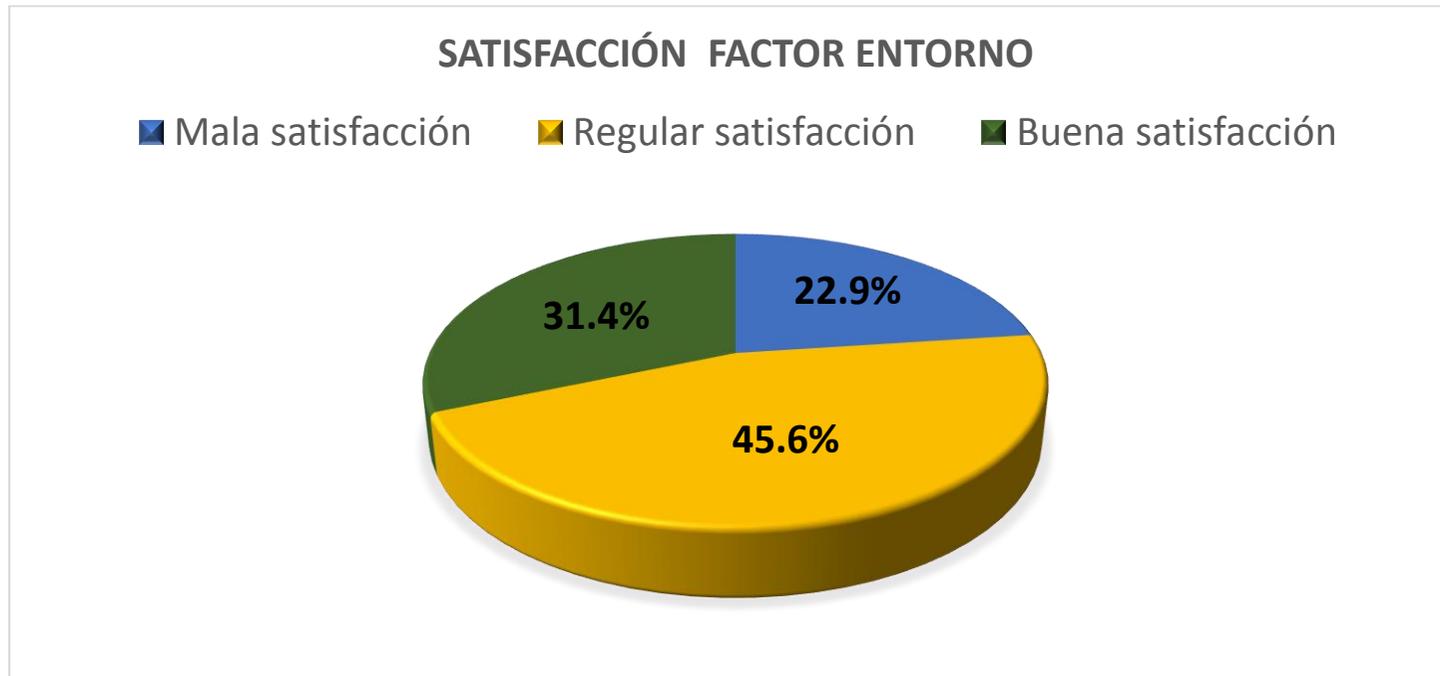
Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Cuando medimos el nivel de satisfacción de las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari forma general es decir tomando los factores humano, técnico y del entorno pudimos evidenciar que un 45,7% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales, así mismo un 31,4% manifestaron tener un nivel de satisfacción buena y un 22,9% de las gestantes manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.

Grafica n° 09.

Representación gráfica de la distribución según la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes.



Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

4.2. Verificación o contrastación de la hipótesis, objetivos y problema.

Tabla N° 10

Relación entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal versus el estado civil de las gestantes.

Satisfacción total	Estado Civil			Total	X ²	P
	Soltera	Casada	Conviviente			
Mala satisfacción	2	4	10	16	3,766	0,439
Regular satisfacción	10	5	17	32		
Buena satisfacción	4	7	11	22		
Total	16	16	38	70		

Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Al aplicar la prueba estadística de Chi Cuadrado vemos que la significancia asintótica bilateral (P) nos dio un valor de 0,439 el cual es mayor que 0,05 con lo que se evidencia estadísticamente que No existe entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal y el estado civil de las gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

Tabla N° 11.

Relación entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal versus el grado de instrucción de las gestantes.

Satisfacción total	Instrucción			Total	X²	P
	Secundaria	Técnica	Universitaria			
Mala satisfacción	7	4	5	16		
Regular satisfacción	13	6	13	32	2,284	0,684
Buena satisfacción	12	2	8	22		
Total	32	12	26	70		

Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Al aplicar la prueba estadística de Chi Cuadrado vemos que la significancia asintótica bilateral (P) nos dio un valor de 0,684 el cual es mayor que 0,05 lo que se evidencia estadísticamente es que No existe entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal y el grado de instrucción de las gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

Tabla N° 12.

Relación entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal versus el número de controles prenatales de las gestantes.

Satisfacción total	Controles Prenatales			Total	X ²	P
	1a 2 controles	3 a 4 controles	5 a 6 controles			
Mala satisfacción	4	5	7	16	6,488	0,166
Regular satisfacción	2	7	23	32		
Buena satisfacción	1	6	15	22		
Total	7	18	45	70		

Fuente: Instrumento de medición.

Elaboración: Investigador Kim Jannet Urbina Rosas.

Interpretación:

Al aplicar la prueba estadística de Chi Cuadrado vemos que la significancia asintótica bilateral (P) nos dio un valor de 0,166 el cual es mayor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que No existe entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal y **el número de controles prenatales** de las gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015.

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

5.1. Discusión

A nivel de la satisfacción total en las embarazadas que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 45,7% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales, así mismo un 31,4% manifestaron tener un nivel de satisfacción buena y un 22,9% de las gestantes manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida, dicha satisfacción encontrada concuerda con el estudio llevado a cabo por los investigadores Quintero, Alba Rocío; Lasso, Gloria Inés; Ospina, Martha Claret ; Franco, Beatriz. **“Percepción de las gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del Estado de Pereira”**. Donde las gestantes manifestaron muy buena accesibilidad geográfica (82%) y oportunidad en la atención (89%), recibieron buen trato (96%), se respetó su privacidad (90%). La información brindada fue clara (98%). Más del 85% recibieron educación sobre prueba VIH y toma de exámenes, y menos del 60% sobre nutrición, lactancia materna, curso psico-profiláctico y planificación familiar. Llegando a la conclusión que la mayoría de los aspectos fueron percibidos como de buena calidad, la actividad educativa, siendo la de mayor transcendencia en las políticas de promoción de la salud y prevención de complicaciones materno-fetales, fue la principal debilidad en la calidad del control prenatal. (39)

También nuestros resultados concordaron claramente con los encontrados en Andalucía, España por Martínez Galiano, Juan Miguel; Molina García, Leticia; Hernández Díez, Guadalupe. **“Calidad del control de la atención en el embarazo en atención primaria”**. Donde llegaron a la conclusión que el control del embarazo es adecuado, aunque aspectos como la educación maternal deberían ser fomentados por los proveedores. La usuaria está satisfecha con el actual sistema de control y valora positivamente a los profesionales que lo desarrollan, especialmente a la matrona. (40)

En relación al resultado que encontramos al buscar asociación entre la satisfacción total percibida sobre calidad de atención en el control prenatal y **el número de controles prenatales** de las gestantes que acuden a sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015, no se encontró relación alguna. Mientras que otro estudio nacional encontró resultados diferentes a los nuestros, tal investigación fue llevada a cabo por Cadenillas Esquivel, Rudy Mariela en el año 2014 quien investigo el **“nivel de satisfacción en atención prenatal relacionada con continuidad a sus atenciones en adolescentes primigestas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote”**. Los resultados obtenidos demostraron que el 26% estuvo satisfecho con la atención recibida y que acudió a su control a la fecha indicada, mientras que el 41% se mostró poco satisfecha pero acudieron a su cita. Se obtuvo que el 58% se mostró poco satisfecha con la atención recibida; de las cuales el 48% tienen edades entre 15-19 años. Se halló que la atención brindada por el Gineco-obstetra fue insatisfactoria para las pacientes. (20)

5.2. Conclusiones

- ✓ En las gestantes que acudieron para la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari se evidencio que un 45,7% de ellas manifestaron un nivel de satisfacción regular sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales según la dimensión humano; así mismo un 31,4% manifestaron una buena satisfacción y un 22,9% de las gestantes manifestaron una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.
- ✓ Un 34,3% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular y otro grupo también en la misma proporción del 34,3% manifestaron tener un nivel malo de satisfacción sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales desde la expectativa de la dimensión técnica del obstetra que le atendió; así mismo un 31,4% manifestaron una buena satisfacción.
- ✓ Así mismo un 42,9% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción bastante bueno sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales desde la perspectiva del factor entorno; así mismo un 34,3% manifestaron tener un nivel de satisfacción regular y un 22,9% de las gestantes manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.
- ✓ A nivel de la satisfacción total es decir tomando la dimensión humana, técnico y del entorno pudimos evidenciar que un 45,7% de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción regular sobre la calidad de atención recibida en sus controles prenatales, así mismo un 31,4% manifestaron tener un nivel de satisfacción buena y un 22,9% de las

gestantes manifestaron tener una mala satisfacción acerca de la calidad de atención recibida.

6. RECOMENDACIONES

En el nivel humano:

- Contar con capacitaciones permanentes que ayuden a demostrar empatía, asertividad en el trato adecuado con un enfoque de derechos e interculturalidad que se brindará a la gestante durante el control prenatal.
- Realizar el acompañamiento durante el desempeño de habilidades como resultado de las capacitaciones que se impartieron a los profesionales de salud.

En el nivel Técnico:

- Debe orientarse al monitoreo de procesos, los tiempos de atención a la gestante sean los adecuados evitando tiempos de espera prolongados.
- Estar abastecidos de los insumos necesarios para realizar la batería de laboratorio, ecografías y exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a los protocolos de atención así se contara con diagnósticos e interconsultas adecuadas.
- Que las referencias sean oportunas evitando las complicaciones que se puedan presentar durante el I, II o III trimestre del embarazo y la muerte de la gestante y el neonato durante el control prenatal

A nivel del entorno:

- Continuar con el mantenimiento adecuado del establecimiento.
- Que cuente con una buena señalización, visualizar la cartera de servicios y el rol de turnos de los Profesionales.
- Buscar mejoras que nos dé como resultado una satisfacción total en la gestante.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. OMS. Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2013. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014.
2. Danzhen Y, Phillip B, Jingxian W, Tessa W. Niveles y tendencias en la mortalidad infantil. Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil. Informe 2013. Nueva York, NY: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013.
3. Sameena C, Syed AH, Halim A. Evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud materno-neonatal disponibles en los establecimientos de salud pública de Bangladesh. Bangladesh Med Res Counc Bull. 2009; 35 (2): 53-6.
4. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, et al. Ir a la escala con la atención profesional calificada. Lanceta. 2006; 368 (9544): 1377 - 86.
5. Cesar JA, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Costa JSD, Barros FC, et al. El uso de servicios de salud maternoinfantil en tres cohortes de población en el sur de Brasil, 1982-2004. Cad Saude Publica. 2008; 24 (3): 427-36.
6. MINSA-Brasil. Agenda de compromisos para la salud integral de la infancia y reducción de la mortalidad infantil. En: Ministerio da Saúde. Secretaria de

Atención a Salud. Departamento de Aulas Programáticas Estratégicas.
Brasília: Ministerio da Saúde.

7. Bakhshi F, Mokhtari N, Jafroodi S, Abbasi M, Atrkar Roshan Z. Encuesta que influye en los factores de la atención prenatal en la remisión materna a los centros de salud en la ciudad de Rasht. Irán J Nurs Res. 2012; 16: 21-7.

8. Tayebi T, Turk Zahrani S, Jannesari S, Mohammadpour R. Evaluación de la relación entre la adecuación de la atención prenatal Índice de utilización con el trabajo de parto prematuro. J Mazandaran Univ Med Sci. 2011; 21: 87-95.

9. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Mortalidad materna en 181 países, 1980-2008: Un análisis sistemático de los progresos hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. 2010; 375: 1609 - 233.

10. Arzaniv A, Kermanshahi S, Zahedpasha Y. Efecto de la intervención educativa sobre la lactancia materna continua en recién nacidos de bajo peso al nacer. J Qazvin Univ Med Sci. 2008; 12: 64-74.

11. Mirmolaei ST, Moshrefi M, Kazemnejad A, Farivar F, Morteza H. El efecto de la educación nutricional sobre los comportamientos nutricionales en mujeres embarazadas. J Facultad Enfermería Obstetricia. 2010; 15: 35-42.

12. Ural S, Cox C, Blakemore K. La falta de atención prenatal aumenta la tasa de partos prematuros recurrentes y los costos de atención de la salud en comparación con la atención prenatal universitaria en el hospital.

Actualización de Atención Primaria para OB / GYNS. 1998. junio; 5 (4): p. 177-178.

13. Chakraborty N, Islam M, Chowdhury R, Bari W. Utilización de la atención postnatal en Bangladesh: a partir de un estudio longitudinal. Salud y Asistencia Social en la Comunidad. 2008 marzo; 10 (6): p. 492-502.

14. Farzana I. Percepciones de los proveedores de atención médica y de los pacientes sobre la calidad de la atención en la salud materna y neonatal en catorce establecimientos sanitarios gubernamentales de Bangladesh: un estudio de métodos mixtos. BMC Health Services Research. 2015 junio; 1(1).

15. Fantaye C. Satisfacción con el servicio de atención prenatal focalizado y factores asociados entre las mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal focalizada en los centros de salud de la ciudad de Jimma, zona de Jimma, Suroeste de Etiopía. BMC Research Notes. 2014 junio; 1(1).

16. Duysburgh E, Williams A. Calidad de la atención prenatal y del parto en el norte de Ghana. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2014..

17. Guimarães A. Atención prenatal y asistencia al parto en mujeres amazónicas antes y después de la Construcción de la Carretera del Pacífico (2003-2011): un estudio transversal. Guimarães et al. BMC Women's Health. 2016 junio; 16(37).

18. Nwaeze IL, Enabor OO, Oluwasola TAO, Aimakhu CO. "Percepción y Satisfacción con la Calidad de los Servicios de Atención prenatal entre Mujeres Embarazadas en el Hospital Universitario Universitario de Ibadan, Nigeria. Journal Home. 2013 enero; 11(1).

19. Van den Broek, Graham W. Calidad de la atención a la salud materna y neonatal: la agenda descuidada. BJOG. 2010 junio; 116(1).
20. Cadenillas Esquivel RM. nivel de satisfacción en atención prenatal relacionada con continuidad a sus atenciones en adolescentes primigestas. hospital regional Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote. Cientifi-k. 2015 Junio; 3(1).
21. Torres Capcha PA. Calidad de la atención obstétrica y la satisfacción de usuarias del control prenatal en un centro de salud del agustino. [Online].; 2008 [Citado el 12 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20V%202009/6-%20Calidad%20Obstetricia.htm>.
22. Alegría Durand GJ. nivel de satisfacción del usuario externo atendido en el servicio de emergencia del hospital Tingo María 2012. 2012. Tesis para optar el grado de licenciado en enfermería.
23. Mancilla N. Historia de la Calidad. [Online].; 2014 [Citado el 12 de enero del 2017]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.wordpress.com/historia-de-la-calidad/>.
24. Alaloola N, Albedaiwi W. Patient satisfaction in a riyadh tertiary care centre.. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2009 junio; 21(7).
25. Birgit L. The nature of the service quality and satisfaction relationship. Managing Service Quality. 2009 junio; 18(3).

26. Ricalde M. satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital Antonio Lorena. Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC. 2006 julio; 12(23).
27. Tasso K. Assessing patient satisfaction and quality of care through observation interview. Hospital topics: researchs and perspectives on healthcare. 2010 julio; 12(4).
28. Aguilar M, Sáez I, Rodríguez M. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. Nutr. Hosp. 2013 mayo; 28(3).
29. Fawcus S, Mbizvo M, Lindmark G, Nyström L. Una investigación comunitaria de factores evitables para la mortalidad materna en Zimbabwe. Stud Fam Plann 1996; 27: 319 - 27.
30. Medicina. Id. Cruzando el abismo de la calidad. Washington, DC: Academia Nacional de Prensa, 2001.
31. Sackett DL, Rosenberg WM, JA Gris, Haynes RB, Richardson WS.. La medicina basada en la evidencia: lo que es y lo que no es. Br Med J 1996; 312: 71 - 2.
32. Enkin M, Keirse J, Neilson C, Crowther M, Duley L, Hodnett E, et al. Una Guía para Cuidado Efectivo en el Embarazo y el Parto, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2000.
33. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, Smith J, Ensor T, Fauveau V, y col. Lecciones prácticas de las iniciativas mundiales de maternidad segura: es

tiempo de un nuevo enfoque en la implementación. Lancet 2007; 370: 1383 - 91.

34. Jamvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Auditoría y retroalimentación: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención de la salud. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, 2006, Número 2.

35. DUEÑAS O. Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud. [Online].; 2009 [cited 2014 noviembre 25. Available from: <http://www.Gerenciasalud.com/art.260.htm>.

36. Leal A. La teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2000 enero; 4(1).

37. Quintero AR, Lasso GI, Ospina MC, Franco B. Percepción de gestantes acerca de la calidad del control prenatal en una empresa de salud del Estado de Pereira". 2010. XX Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, Pereira, junio 2 y 3 de 2011.

38. Martínez Galiano JM, Molina García L, Hernández Díez G. Calidad del control de la atención en el embarazo en atención primaria. rev. Metas de enfermería. 2012 junio; 15(2).

ANEXOS

Instrumento de medición.

Encuesta para evaluar la satisfacción percibida sobre calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden a la atención de sus controles prenatales en el Centro de salud Carlos Showing Ferrari, región Huánuco, 2015

Nombre del Encuestador:

Fecha:

Hora de Inicio:

Hora Fina:

Estimado gestante, estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que fue recibida en el consultorio de atención prenatal del Centro de salud Carlos Showing Ferrari, Sus respuestas son totalmente \ confidenciales. Agradeceremos su participación.

I. Datos sociodemográficos.

1. Edad:

2. Estado Civil:

- A. () Soltero/a
- B. () Casado/a
- C. () Divorciado/a o separado/a
- D. () Viudo/a
- E. () Unión libre

3. Escolaridad:

- A. () Primaria no concluida.
- B. () Primaria concluida.
- C. () Secundaria no concluida.
- D. () Secundaria concluida.
- E. () Estudio universitario no concluido.
- F. () Estudio universitario concluido.

II. Nivel de satisfacción

#	Dimensión	Indicador	Atributos	Percepción		
				Mala	Regular	Buena
1	FACTOR HUMANO	Respuesta rápida	¿Fue Usted atendido inmediatamente a su llegada al consultorio prenatal?			
2			¿En momentos en los cuales necesito la ayuda/atención del personal de obstetricia, la atendieron rápida y oportunamente?			
3			¿Fue atendida a su llegada al consultorio prenatal?			
4		Empatía	¿El obstetra de consultorio prenatal lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?			
5			¿Recibí algún grito o mal trato por el personal del consultorio prenatal?			
6			¿Fue el obstetra fue indiferente al dolor que usted sentía?			
8	FACTOR TECNICO	Seguridad	¿Su atención estuvo a cargo del obstetra de turno?			
9			¿Se le dejó solo durante largo periodos de tiempo?			
10			¿El obstetra mostró interés genuino en su bienestar?			
11			¿El obstetra mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su proceso quirúrgico?			
12			¿Se le pidió permiso antes de realizar cualquier procedimiento?			
13			¿Pudo acompañarla su esposo o familiar durante el momento de la atención prenatal?			
14			¿Se le permitió dar a conocer su percepción sobre la atención?			
15			¿Volvería usted a atenderse en el mismo consultorio prenatal?			
16		Confianza	¿El obstetra que le atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento?			
17			¿Pudo pedir o solicitar algo durante su estadía en el consultorio prenatal?			
18	¿Se le permitió saber a sus familiares sobre su estado?					
19	¿Se le brindó la adecuada privacidad durante los exámenes realizados?					
20	¿Recomendaría a un Familiar o amigo a ser atendidas por el obstetra de consultorio prenatal?					
21	FACTOR DEL ENTORNO	Tangible	¿Los ambientes estuvieron limpios y cómodos?			
22			¿Se sentía confortable en el ambiente que se encontraba durante su atención?			
23			¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?			