

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD
MATERNA 2010-2017. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA

Asesora:

Dra. ALBILA BEATRÍZ DOMÍNGUEZ PALACIOS

Cajamarca – Perú

2019

COPRIRIGHT © 2019 by
SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA 2010-2017. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA

JURADO EVALUADOR

Dra. Albila Beatriz Dominguez Palacios
Asesora

Dra. Elena Vega Torres
Jurado Evaluador

M.Cs. Insolina Raquel Díaz Rivadeneira
Jurado Evaluador

Dr. Emiliano Vera Lara
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2019



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-20SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



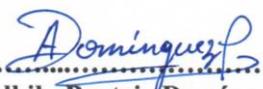
PROGRAMA DE MESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 17:00 hrs. de la tarde del día 10 de julio del dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorium de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. Elena Vega Torres, M.Cs. Insolina Raquel Díaz Rivadeneira y Dr. Emiliano Vera Lara**, en calidad de Asesora **Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la sustentación de la Tesis titulada "**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA 2010-2017. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**", presentado por el **Bach. en Medicina SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de SOBRESALIENTE (19) la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bach. en Medicina SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 19:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Asesora


.....
Dra. Elena Vega Torres
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Insolina Raquel Díaz Rivadeneira
Jurado Evaluador


.....
Dr. Emiliano Vera Lara
Jurado Evaluador

Se dedica A:

Mis padres por la vida y por darme la fortaleza que necesito día a día.

Mi esposa que me brinda todo su amor y colaboración incondicional para poder culminar con éxito mis proyectos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar mis pasos y bendecirme en los momentos difíciles.

A las mujeres y al personal de obstetricia que dedicaron parte de su escaso tiempo a contestar una encuesta, gracias a ellos fue posible la realización del estudio de investigación.

A la Unidad de Epidemiología del Hospital General de Jaén y a la Dirección de Salud Jaén, que proporcionaron información importante en el proceso retrospectivo de recogida de datos.

Al comité científico de la Escuela de Posgrado, por las importantes sugerencias y orientaciones que permitieron mejorar el estudio.

A mis padres y esposa, por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

Finalmente, a la Escuela de Posgrado de la UNC por haber contribuido en mi formación profesional como maestro en salud pública.

Las personas esperan un buen servicio, pero pocos están dispuestos a darlo.

-Robert Gateley

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	vi
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
GLOSARIO.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes de la investigación.....	1
1.2. Base teórica conceptual.	5
1.2.1. Características epidemiológicas de la mortalidad materna.....	5
1.2.2. Calidad de atención.....	7
1.2.3. Atención prenatal.....	10
1.2.4. Calidad de la atención prenatal.....	14
1.2.5. Usuario de un servicio de salud.....	18
1.2.6. La percepción de la calidad por el usuario.....	19
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	
2.1. Tipo y diseño de investigación	20
2.2. Descripción del área de estudio	20
2.3. Unidad de análisis, población y muestra.....	21
2.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	23
2.5. Procedimiento para recolección de datos.....	26
2.6. Procesamiento y análisis de los datos.....	27
2.7. Consideraciones éticas.....	27

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
3.1. Resultados	29
3.1.1. Razón de mortalidad materna	30
3.1.2. Características epidemiológicas de la mortalidad materna en el Hospital General de Jaén.....	31
3.1.3. Calidad de la atención prenatal desde la percepción del usuario externo (gestante).....	36
3.1.4. Calidad de atención prenatal desde la percepción del usuario interno.....	39
3.2. Discusión.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	61

LISTA DE ILUSTRACIONES

FIGURAS	Pág.
Figura 1. Razón de mortalidad materna en el Hospital General de Jaén, período 2010-2017.....	30
Figura 2. Muerte materna por grupo de edad. Hospital General de Jaén 2010-2017.....	31
Figura 3. Muerte materna, según paridad. Hospital General de Jaén 2010-2017.....	32
Figura 4. Muerte materna según momento del fallecimiento. Hospital General de Jaén 2010-2017.....	33
Figura 5. Calidad de atención desde la perspectiva de la usuaria externa, 2017.....	39
Figura 6. Calidad de atención desde la perspectiva del usuario interno, 2017.....	43

LISTA DE ILUSTRACIONES

TABLAS		Pág.
Tabla 1	Muertes maternas según número de atención prenatal. Hospital General de Jaén 2010-2017.....	34
Tabla 2.	Clasificación de muertes maternas. Hospital General de Jaén 2010-2017.....	35
Tabla 3.	Calidad de atención prenatal desde la percepción de la gestante en la dimensión entorno. Hospital General de Jaén..	36
Tabla 4	Calidad de atención prenatal desde la percepción de las usuarias externas en la dimensión técnica en el Hospital General de Jaén, 2017.....	37
Tabla 5.	Calidad de atención prenatal desde la percepción de la usuaria externa en la en la dimensión humana en el Hospital General de Jaén, 2017.....	38
Tabla 6.	Calidad de la atención prenatal en la dimensión técnica desde la opinión del profesional de salud. Hospital General de Jaén, 2017.....	40
Tabla 7.	Calidad de la atención prenatal en la dimensión estructura/elementos tangibles desde la opinión del profesional de salud. Hospital General, 2017.....	41
Tabla 8.	Necesidades y expectativas de los usuarios internos. Hospital General de Jaén, 2017.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
AP	Atención Prenatal
MM	Mortalidad Materna
PAM	Presión Arterial Media
PA	Presión Arterial
HJG	Hospital General de Jaén
ENSSR	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
FOE	Funciones Obstétricas Esenciales
HGJ	Hospital General de Jaén
RUS	Recursos Humanos en Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud

GLOSARIO

Atención prenatal adecuada: la OMS establece que las mujeres embarazadas deben asistir a cinco consultas o más de control prenatal¹.

Muerte materna: es la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los 42 días siguientes o la terminación del embarazo, independientemente de su localización anatomofisiológica, relacionada o agravada por el proceso del embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención².

Muerte materna obstétrica directa: es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones inoportunas, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas¹.

Muerte materna obstétrica indirecta: son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionados con éste provocan la muerte al ser agravadas por el estado fisiológico del embarazo¹.

Muerte materna no obstétrica: debido a causas accidentales o incidentales no relacionada con el embarazo o su cuidado¹.

Paridad: número de hijos que ha tenido la mujer incluyendo el presente.

RESUMEN

Se realizó un estudio no experimental, retrospectivo con el objetivo de determinar las características epidemiológicas de la mortalidad materna en el Hospital General de Jaén, durante el período 2010-2017 y describir la calidad de la atención prenatal desde la opinión del usuario interno y externo. La población censal lo constituyeron 19 defunciones maternas; 275 usuarias externas y 19 usuarias internas. Se aplicó una guía de revisión documental, una entrevista y un cuestionario autoadministrado. La causa directa y básica de muerte materna fue la hemorragia; ocurrieron durante el embarazo (47,4%) y puerperio (47,4%), en mujeres entre los 35 a 39 años (31,6 %), con 1 - 3 hijos (42,1%); el 37% tuvieron más de cinco consultas de control prenatal. La calidad de atención prenatal fue percibida como buena. Se concluye que la razón de mortalidad materna en el Hospital General de Jaén en el periodo 2010-2017 muestra una tendencia ascendente. La calidad de la atención prenatal desde la opinión de las usuarias externas e internas es buena, evidenciándose algunas limitaciones como el tiempo de espera, el estado de mantenimiento del mobiliario y equipos, la escasa capacitación como política institucional y la remuneración al personal de salud considerada injusta; aspectos que ameritan ser abordados por los actores sanitarios según su competencia, ya que podría impactar en la salud de la madre y el niño.

Palabras clave: muerte materna; calidad; atención prenatal, usuarias internos, usuarios externos

ABSTRACT

A non-experimental, retrospective study was carried out with the objective of determining the epidemiological characteristics of maternal mortality in the General Hospital of Jaén, during the period 2010-2017 and describing the quality of prenatal care from the opinion of the internal and external user. The census population was made up of 19 maternal deaths; 275 external users and 19 internal users. A document review guide, an interview and a self-administered questionnaire were applied. The direct and basic cause of maternal death was hemorrhage; they occurred during pregnancy (47.4%) and puerperium (47.4%), in women between 35 to 39 years (31.6%), with 1 - 3 children (42.1%); 37% had more than five prenatal care visits. The quality of prenatal care was perceived as good. It is concluded that the maternal mortality ratio in the General Hospital of Jaén in the period 2010-2017 shows an upward trend. The quality of prenatal care from the opinion of external and internal users is good, showing some limitations such as waiting time, the state of maintenance of furniture and equipment, little training as an institutional policy and the remuneration of health personnel considered unfair; Aspects that deserve to be addressed by health actors according to their competence, since it could impact the health of the mother and the child.

Key words: maternal death; quality; prenatal care, internal users, external users

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años, la muerte materna es un problema que afecta a los países más pobres con menor desarrollo socioeconómico en el mundo³, expresa inequidad de género, pobreza, injusticia y desigualdad social. Brinda una señal del sitio que ocupa la mujer en una sociedad. Además, es un indicador de la cobertura y calidad de la atención prenatal y otros servicios de salud³.

En los últimos años, gracias a una mejor respuesta de los Estados este problema, se ha reducido desde 532 000 muertes maternas en el año 1990 a 303 00 en el 2015, lo que representa una reducción alrededor del 44 %⁴. La razón de mortalidad materna (RMM) sigue siendo inaceptablemente alta⁵ de allí que los países han adoptado una nueva meta incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reducir la RMM mundial entre el 2016 y 2030 a menos del 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial ⁶.

La disparidad entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna que cualquier otro índice de salud; siendo la mortalidad materna en países en desarrollo 100 veces más alta que en países industrializados³.

Lazcano⁴ encontró que las defunciones maternas, son ocasionadas por la persistencia de barreras como al acceso oportuno a la atención obstétrica, reducción del tiempo de hospitalización y deficiente seguimiento de las mujeres en el postparto, entre otros factores.

En América Latina y el Caribe, la razón de mortalidad materna promedio en el año 2015 fue de 270 por 100 mil nacidos vivos⁷. En el Perú la RMM en el año 2015 fue de 68 por cada 100 000 nacidos vivos ^{8,9} hecho importante porque se consignó en menor número de

muerdes maternas en los últimos 20 años. En la Dirección de Salud de Jaén de la Región Cajamarca¹⁰ en el año 2016 ocurrieron 21 muertes maternas, de las cuales 9 (42 %), ocurrieron en la etapa del puerperio, 6 (29 %) en el embarazo y 6 (29 %) durante el parto.

La mortalidad materna en su mayoría, de causa obstétrica directa, es originada por padecimientos como la preeclampsia-eclampsia, hemorragias en el parto o puerperio, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto⁹.

En los últimos años la calidad de atención, se ha convertido en uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios. Sin embargo, a nivel mundial existen millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales. El 35 % de las mujeres de países en desarrollo del África, Asia y Latinoamérica, no reciben atención prenatal¹¹. Esto implica, garantizar que todas las mujeres embarazadas dispongan de una atención prenatal oportuna e integral⁹.

En la provincia de Jaén, la iniciativa de maternidad segura es una estrategia que ha mostrado resultados; sin embargo, la carencia de un profesional al momento del parto, la precaria infraestructura hospitalaria, la escasez de medicamentos, insumos y equipos son entre otros los factores que están vinculados a la muerte materna¹⁰.

En este contexto, la atención prenatal es la principal atención que las instituciones de salud ofrecen a las madres para garantizar una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo; si bien la atención prenatal ha aumentado, sólo el 51 % de las mujeres reciben una atención especializada durante el parto¹².

En base al planteamiento señalado se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué características epidemiológicas tiene la mortalidad materna en el hospital general de Jaén, durante el período 2010-2017 y cómo es la calidad de la atención prenatal desde la opinión del usuario interno y externo?

Las hipótesis que guiaron el estudio fueron:

H1: La mortalidad materna en el Hospital General de Jaén, durante el período 2010-2017 tiene una tendencia ascendente; en su mayoría son por causas obstétricas directas y ocurren durante el parto y puerperio.

H2: La calidad de atención prenatal en el Hospital General de Jaén es buena desde la opinión del usuario interno y externo.

Esta investigación tuvo como objetivo general: determinar las características epidemiológicas que tiene la mortalidad materna en el Hospital General de Jaén, durante el período 2010-2017 y la calidad de la atención prenatal desde la opinión del usuario interno y externo. Los objetivos específicos estuvieron orientados a: i) Medir la razón de mortalidad materna en el período 2010-2017; ii) Identificar las características epidemiológicas de las muertes maternas en el Hospital General de Jaén acaecidas en el periodo 2010-2017 iii) Describir la calidad de la atención prenatal desde la opinión del usuario interno y externo.

El estudio es relevante porque incrementará la producción científica a nivel local y nacional; además, aportará a los alumnos de pre y posgrado información de especial relevancia sobre mortalidad materna y calidad de la atención prenatal.

Las muertes maternas tienen graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, pobreza, ignorancia, escasos recursos hasta la carencia tecnológica y negligencia de las organizaciones de la salud. El control prenatal, es la base para lograr en la madre y en el bebé condiciones óptimas en todo el proceso del embarazo, reduciendo los riesgos de sufrir alteraciones o enfermedades.

La salud perinatal guarda relación con múltiples factores: sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de los servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad los aspectos más relevantes.

A nivel institucional, la investigación aporta información relevante, de utilidad para que los directivos del hospital puedan establecer intervenciones que contribuyan a mejorar las Funciones Obstétricas Esenciales – FOE, en la prestación de los servicios a la gestante.

La satisfacción de los usuarios internos redundará en una mejor calidad de atención a la gestante, la que a su vez se expresará en una mayor adherencia a la APN y parto institucional.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional

La investigación realizada por Rodríguez¹³ en México el año 2018, sobre Dos perspectivas de las causas de la mortalidad materna, por un lado, su relación con los determinantes sociales y, por otro, los factores directamente relacionados con el sistema de salud. Los resultados muestran un progreso significativo en la tendencia descendente de la mortalidad materna en un nivel generacional. Las mujeres nacidas antes de 1980 tenían una mayor probabilidad de muerte materna en relación con las generaciones recientes, lo que es un reflejo de la mejora en los determinantes sociales y en el sistema de salud. El efecto de la edad muestra un problema de mortalidad materna en mujeres menores de 15 años, por lo que el embarazo adolescente es una prioridad en la salud y debe abordarse a corto plazo.

García¹⁴ en el estudio observacional descriptivo respecto a las Barreras de acceso y calidad en el control prenatal, realizado en Colombia el año 2017, encontró que la edad promedio de las gestantes fue 24 años, el 66 % tuvieron una o dos gestaciones, el 74,2 % acudió a cuatro o más controles prenatales. El autor concluye que existen dificultades en la atención prenatal en la dimensión humana, por lo que es necesario mejorar la calidad e integridad del control prenatal por los prestadores de salud como estrategia complementaria para asegurar su efecto en la reducción de la morbimortalidad materno y perinatal.

Quinde y Romero¹⁵ en la investigación sobre Percepción de las gestantes que acuden al Centro de Salud Biblián sobre la aplicación del programa de control prenatal, Ecuador, 2017, muestran que el 100 % de las encuestadas opinan que el personal de salud que las atiende durante el embarazo siempre muestran respeto, cuando llegan les brindan una sonrisa, las saludan y preguntan cómo se sienten y si tienen alguna molestia. Las usuarias dicen que tienen confianza con el personal de salud para contarles sus problemas.

Así mismo, el 87,5 % de las encuestadas respondieron que la atención que brinda el personal siempre es eficiente (buen trato, tiempo de espera, disponibilidad de equipos y materiales, acceso fácil). El alto número de respuestas positivas demuestra la satisfacción de las embarazadas que acuden a este centro de salud; sin embargo, las madres sienten que el ambiente en el que son atendidas se encuentra tenso debido a que la demanda de pacientes es muy alta; todo esto hace que el tiempo de espera sobrepase las dos horas en algunos casos.

El año 2016, Dansereau et al.¹⁶ al revisar los factores asociados a la cantidad y oportunidad de las consultas de atención prenatal (AP) para mujeres pobres de Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y El Salvador, en 8 366 mujeres, encontraron que, un 78 % asistió a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, mientras que un 62 % concurrió por lo menos a cuatro y un 56 % asistió a una consulta con profesionales de salud durante el primer trimestre del embarazo.

El país que registró la mayor proporción de mujeres que asistieron a consultas de AP por personal calificado fue Nicaragua (81%). En múltiples países, las mujeres solteras, con menor nivel educativo, adolescentes, indígenas, que no deseaban concebir y carecen de exposición a los medios masivos de comunicación presentaron menos

probabilidades de cumplir con las directrices internacionales sobre AP. A pesar de las vastas reformas en las políticas y de numerosas iniciativas orientadas a los pobres, muchas mujeres de las áreas más pobres siguen sin recibir la atención prenatal adecuada.

Castillo et al.¹⁷ en el estudio, realizado en Cartagena el año 2014, sobre Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud pública y factores asociados, encontraron que las usuarias se sienten satisfechas con el servicio que reciben. Concluyeron que la buena percepción de las usuarias, en relación a la interacción con el profesional que las atiende, es un factor determinante para estar satisfechas y puede favorecer la adherencia de estas al cuidado prenatal, independiente de otros factores relacionados con la calidad de los servicios de salud.

Gonzaga et al.¹⁸ al describir la atención médica prenatal recibida en mujeres con mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California el año 2014, del total de muertes maternas, 68 % asistieron a control prenatal, de estas 41 % tuvieron una atención prenatal adeudada con \geq a cinco citas, 43% fueron por causas maternas obstétricas directas, 77% ocurrieron en el puerperio y 18 % durante el embarazo.

Quintero et al.¹⁹ en su investigación realizada en Medellín- Colombia, el 2011, mostraron que las gestantes, manifestaron oportunidad en la atención (89%), recibieron buen trato (96%), se les respetó la privacidad (90%). La información recibida fue clara (98%). Más del 85% recibieron educación sobre toma de exámenes, y menos del 60% sobre nutrición, lactancia materna, curso psicoprofiláctico. La mayoría de los aspectos fueron percibidos como de buena calidad. La actividad educativa 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.

A nivel nacional

Kuray²⁰ en la investigación sobre Factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud I-3 Nueve de Octubre-Piura; 2018, con respecto a las percepciones sobre la atención prenatal el 92,7 % de gestantes manifestaron que la comunicación entre el profesional y la gestante es buena y el 7,1 % la catalogaron como regular.

Barboza²¹ en el estudio de diseño observacional-correlacional, encontró que las características sociodemográficas como el estado civil ($p=0,00$), el grado de instrucción ($p=0,000$) y el lugar de procedencia, se relacionan significativamente con el nivel de satisfacción sobre la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2017. El nivel de satisfacción sobre la atención prenatal en general es medio en un 81,9 %; el nivel de satisfacción en las dimensiones: equipamiento (76,7 %), accesibilidad (76,2 %), organización de la consulta, (76,7 %) y competencia profesional (75,6 %), también es medio.

El año 2017, Urbina²² usando un diseño descriptivo, transversal evidenció que un 64,3 % de gestantes tuvieron entre 5 a 6 controles, 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; 34,3 % un nivel de satisfacción regular y mala respectivamente desde la dimensión técnica del profesional que las atendió, y un 42,9 % declararon tener un nivel de satisfacción buena sobre la calidad de atención desde la perspectiva del factor entorno.

Flores²³ al estudiar la Percepción sobre la calidad de atención en gestantes que acuden al consultorio de atención prenatal en un centro de salud en Huánuco, el año 2017, concluyó que el 85,3 % de las usuarias percibieron una buena calidad de atención.

Ortega²⁴, el año 2016, en su estudio retrospectivo, observacional, analítico, de tipo casos y controles en adolescentes atendidos en el servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora, concluyó que los factores edad (15-19 años), estado civil (soltera), ocupación (estudiante), grado de instrucción (secundaria incompleta) y paridad ≥ 2 hijos tienen asociación significativa con controles prenatales inadecuados.

Donaire²⁵ en el estudio sobre Calidad de atención del profesional de obstetricia y adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Acapulco–Diresa Callao, 2014, mostró que en las dimensiones de la variable calidad de atención tuvieron una calificación adecuada, la competencia técnica en el 55 % de las gestantes, el abastecimiento de insumos en el 88,9 %, la información a la gestante en el 69,4 % y la interrelación profesional gestante en el 69,4 %. Asimismo, el 75 % de gestantes consideró que existía seguimiento de la usuaria, el 88,9 % consideró que hay accesibilidad, el 38,9 % calificó la organización como muy buena y el 75% de gestantes estuvieron conformes con la atención. En cuanto a la calidad de atención del profesional de obstetricia el 66, 7% de gestantes entrevistadas la consideraron buena, el 33, 3 % regular.

1.2. Base teórica conceptual

1.2.1. Características epidemiológicas de la mortalidad materna

La muerte materna, es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la

duración y el sitio del embarazo, ocasionada por cualquier causa relacionada al embarazo mismo o atención, pero no por causas accidentales²⁶.

Las muertes maternas, pueden caracterizarse epidemiológicamente en sus dimensiones de tiempo, lugar y persona. El análisis cronológico de los eventos, identifica las causas teniendo en cuenta la clasificación descritas en los protocolos y la calidad de la atención⁴.

La razón de mortalidad materna, expresa la magnitud del problema y se calcula dividiendo las muertes maternas con el número de nacidos vivos, ambos ocurridos en el mismo período de tiempo. El principal efecto sería la sobre estimación de la incidencia de mortalidad materna, desde que el denominador se ve reducido debido a que no todos los embarazos terminan en un nacido vivo ya que algunos concluyen con un aborto o con nacido muerto. Las distorsiones que se introducen en este caso están vinculadas a la estructura y nivel de la fecundidad, así como a la estructura por edad de las mujeres en edad reproductiva²⁷.

Para caracterizar el evento se pueden formular las siguientes preguntas:

Tiempo. ¿Cuándo ocurrieron los casos? ¿Continúa presentándose?

Lugar. ¿En dónde se ubican los casos?

Persona. ¿Quiénes son las que fallecen? ¿De qué grupos de edad? ¿Paridad? ¿Tuvieron control prenatal adecuado⁴?

El estudio de la variable muerte materna, también incluye identificar las causas médicas de su ocurrencia, éstas se clasifican en causas obstétricas directas e indirectas.

Las primeras, se refieren a las complicaciones obstétricas del embarazo, (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de

una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas²⁸. En los países en desarrollo se ha encontrado que las causas más frecuentes son: hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido, siendo este último el que presenta mayor subregistro y posiblemente está más expuesto a sufrir complicaciones²⁸.

Las segundas, resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Se considera también a los casos de suicidio³².

Estos casos de muertes maternas van relacionadas a la falta de atención de calidad del parto, pues la mayoría de ellas son prevenibles si el parto se atiende en una institución de salud con equipamiento adecuado, otras muertes como las originadas por retención de placenta pueden evitarse si son atendidas, en centros asistenciales pequeños o en domicilio, siempre que intervenga un personal profesional de la salud capacitado.

Hay propuestas que señalan que la partera empírica adecuadamente entrenada podría contribuir en la prevención y tratamiento de estas complicaciones, sugerencia razonable cuando los centros poblados rurales no cuentan con profesionales de la salud, donde las que atienden el parto son las parteras empíricas²⁹.

1.2.2. Calidad de atención

Aguirre Gas citado por Hernández³⁰ define calidad de la atención médica, como la prestación brindada con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas. Por su parte, la OMS citado por Fajardo y Hernández³¹ señala que una

atención de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de las personas y de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios, de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

El concepto de calidad engloba dos grandes enfoques: la calidad objetiva y la calidad percibida: la primera, se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los usuarios sobre dichas características²².

El primero, está referido al Modelo de la Imagen, formulado por Grönroos, el cual indica que la calidad experimentada es evaluada por el usuario atendiendo a dos dimensiones: una técnica o de resultado, que coincide con la prestación efectiva que recibe cuando el proceso productivo y las interacciones usuario-prestador han concluido; y la otra dimensión funcional de los procesos, que se identifica como la forma en que se recibe el servicio, así como el modo en que se experimenta el proceso.

Es preciso tener en cuenta, la influencia que tiene en la evaluación, las expectativas que las personas se habían hecho respecto al servicio que iban a recibir. Surge así el concepto de calidad esperada, en cuya formación inciden factores como la estrategia de comunicación de las organizaciones de la salud, los procesos de comunicación "boca-a-oreja" entre los usuarios y las necesidades de los mismos. La buena calidad percibida se obtendrá cuando la calidad experimentada iguale o supere la calidad esperada³².

El segundo enfoque, denominado Modelo de las Deficiencias, busca analizar el vínculo que existe entre las deficiencias que los usuarios perciben en la calidad diferencia entre sus expectativas y percepciones con las deficiencias internas que existen en las organizaciones, identificando cuatro deficiencias que se traducen en un

mal servicio al usuario. Es necesario precisar que la satisfacción con los servicios de salud está relacionada con una gran variedad de factores como son: el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad³².

Según Donabedian, citado por Net y Suño³³ se debe tener en cuenta tres componentes de la calidad asistencial:

- El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.
- El componente interpersonal, se basa en el principio de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
- El componente del entorno, lo constituyen todos los elementos del ambiente del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.

Componentes que fueron el sustento teórico en la percepción de la mujer acerca de la calidad de la atención prenatal en el estudio.

El modelo de Parasumaram, Len Berry y Valerie Zeithaml³⁴ determinó cinco dimensiones de la calidad:

1. **Tangibles:** parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.

2. Confiables: la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
3. Respuesta del personal: respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de proveer el servicio con prontitud y esmero.
4. Seguridad: conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.
5. Calidez o empatía: el cariño, la atención individualizadas que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada.

1.2.3. Atención prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos³⁵.

La atención prenatal tiene ciertas características:

- *Precoz*: desde la sospecha de un embarazo ante un retraso menstrual. Se establece la normalidad lo más temprano posible o corrige cualquier complicación que pudiera afectar a la madre y al feto. Debe efectuarse la primera consulta durante el primer trimestre de la gestación, lo ideal es antes de las doce semanas.

- *Periódico:* La frecuencia varía según el riesgo del embarazo; sin embargo, en términos generales hasta las 32 semanas debe ser mensual, luego quincenal y hacia el final del embarazo (37 semanas en adelante) debe ser una (1) vez por semana, con un total igual o mayor a cinco controles.
- *Suficiente:* Si es capaz de detectar cualquier factor de riesgo o prevenir y corregir las complicaciones más graves.
- *Oportuno:* debe iniciarse lo más temprano posible, para identificar factores de riesgo en el momento preciso y modificar el manejo de la gestación en el sentido más apropiado.
- *Humano:* se debe asegurar un trato cordial y con calidez. La comunicación con la gestante debe hacerse con paciencia, humildad, cariño y comprensión, tanto con ella como con su pareja y familia. De esta manera, la gestante podrá notar la disposición del profesional de salud para escuchar sus inquietudes y temores, tendrá más confianza y ejecutará con mayor convencimiento y menos ansiedad las indicaciones que se le brinde.
- *Amplia cobertura:* Se trata de cubrir a la mayor cantidad de embarazadas posibles. Solo en la medida en que el porcentaje de la población controlada sea alto se puede disminuir las tasas mortalidad materna y Perinatal ^{35,36}.

La atención prenatal debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos.

- La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud calificado: médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por un profesional de enfermería.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico ginecólogo-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP).
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Preparar para la lactancia materna.

- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja²⁸.

Además, se debe seguir el protocolo estipulado para la primera consulta y citas sucesivas, entre ellas se menciona:

- Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal.
- Examen vaginal que incluye especuloscopia, toma de muestra de Papanicolau
- Análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal, examen completo de orina), los que se deben actualizar a partir de las 33 semanas
- Brindar información a la pareja o familiar sobre los cuidados durante la gestación, parto y puerperio.
- Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.
- Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta.
- Prescripción de ácido fólico, en la primera consulta a toda gestante, durante el primer trimestre, ácido fólico y sulfato ferroso, desde las 14 semanas hasta el parto.
- Prescripción de calcio: 2000 mg al día a partir de las 20 semanas.
- Evaluación odontológica.
- Vacunación antitetánica y contra la influenza estacional, según el calendario de vacunación la primera y a partir de las 20 semanas de gestación la influenza³⁷ entre otras.

Las gestantes muchas veces abandonan la APN condicionadas por tres tipos de factores: sociales, institucionales y personales³⁸:

Sociales: soltera sin pareja estable, dificultad de permisos en el trabajo, desempleo, ocupación manual, poco apoyo de la familia, primaria incompleta, ambiente inadecuado para la consulta prenatal, dificultad por quehaceres domésticos, residir en barrio urbano marginal, domicilio lejano del lugar de atención, migrante, maltrato familiar.

Institucionales: trato inadecuado, una relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, episodios de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención, incoordinación entre servicios para la atención prenatal, tiempo de espera largo, servicios incompletos, gastos para exámenes no disponibles, consulta prenatal de baja calidad y consultorio prenatal difícil de ubicar.

Personales: poco apoyo de la pareja, importancia del control prenatal, miedo al examen ginecológico, olvido de las citas de control prenatal, dificultad para el cuidado de los hijos, edad extrema, multiparidad, embarazo no planificado, poco tiempo de la consulta y desconocimiento sobre el control prenatal.

1.2.4. Calidad de la atención prenatal

La calidad de la atención prenatal, tiene en cuenta la percepción de la gestante respecto a los aspectos tangibles, dimensión del entorno, humana y a la dimensión técnica o competencia profesional³⁹.

Aspectos tangibles, contribuye en la seguridad de los usuarios, implica la reducción de riesgos, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. Se parte de las características que deben tener los

servicios de salud, en el proceso de atención a las gestantes, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por la población usuaria. Si bien la seguridad tiene mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en la atención prenatal. Por ejemplo, las salas de espera en los hospitales, pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlos y si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas.

Dimensión entorno, la comodidad está referida a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver a la unidad prestadora de servicios de salud en el futuro. Se relacionan con las condiciones de confort, con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con incomodidades físicas, la limpieza y la privacidad o las características que tornan la espera más placentera, pues son importantes para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

El acceso a la atención, incluye la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención prenatal. Facilidad con la que la gestante puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite. Comprende eliminar barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios se organiza para satisfacer las necesidades de las gestantes, como las horas de atención, los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios.

Dimensión técnica, tiene que ver con la competencia profesional, lo que quiere decir que el personal de salud debe poseer los conocimientos, las destrezas y la actitud necesaria para la prestación del servicio. Además, debe proporcionar información clara a la gestante y evitarle molestias y trámites innecesarios.

En el componente técnico, la eficacia, define las normas de prestación y orientaciones específicas respecto al control pre natal. Debe responder a las preguntas ¿Cuándo se aplica correctamente las indicaciones dadas en la atención prenatal, produce los resultados deseados? y ¿son los procedimientos y la tecnología usada la más apropiada para evitar las complicaciones del embarazo y evitar las muertes maternas perinatales?

Dimensión humana, tiene que ver con aspectos referidos a la fiabilidad: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Normalmente el 96 % de las pacientes insatisfechas no reclaman, pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende una gestante, mal y no se le presta la debida atención o no le da una completa información, orientación y educación en la primera consulta, esa es la impresión que va a tener y luego es muy difícil de modificarlo.

La cortesía, expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal de salud hacia la gestante.

La comunicación, se debe informar a la madre con un lenguaje sencillo, amigable y de fácil entendimiento aspectos relativos a las citas de control, su importancia, signos y síntomas de alarma, otros signos y síntomas de acuerdo a la patología que presenta si es el caso, importancia de la lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, planificación familiar^{38, 39}.

En el caso de la calidad percibida por el usuario interno, además de las dimensiones anteriores, se debe incluir algunos indicadores relacionados con el trabajo mismo, como las **necesidades y expectativas**. Necesidad, es “una sensación de carencia de algo unida al deseo de satisfacerla”. Las necesidades están jerarquizadas de manera que se van cubriendo desde aquellas orientadas hacia la supervivencia, hacia las orientadas al desarrollo⁴⁰. Expectativa, es una “circunstancia anticipada respecto a algo”. Las necesidades y expectativas son motivaciones claves que impulsan a cualquier persona y se expresan en satisfacción del usuario.

Las necesidades y expectativas están relacionadas con la satisfacción laboral, grado de conformidad de la persona respecto a su entorno de trabajo. Incluye la consideración de la remuneración, el tipo de trabajo, las relaciones humanas, la seguridad, capacitación, ascenso, estímulo a su buen trabajo, remuneración, las oportunidades de progreso, el estilo de supervisión, la relación y comunicación con las personas con las que trabaja, lo que se expresa en una buena calidad de atención al usuario³⁹.

Las expectativas, por otra parte, se forman a través de las comparaciones con otros empleados o con empleos previos. Si una persona nota o cree que está en desventaja respecto a sus compañeros, su nivel de satisfacción laboral desciende, al igual que si considera que su trabajo anterior le ofrecía mejores condiciones.

La satisfacción laboral incide en la actitud del trabajador frente a sus obligaciones. Puede decirse que la satisfacción surge a partir de la correspondencia entre el trabajo real y las expectativas del trabajador⁴¹.

A mayor satisfacción laboral, mayor compromiso del trabajador con sus tareas y mayor motivación. En cambio, cuando el grado de satisfacción laboral es bajo, el trabajador no siente el peso de la responsabilidad con mucha fuerza y no pone suficiente empeño en su actividad diaria.

La satisfacción laboral puede traducirse en una buena calidad de atención a las usuarias, por lo tanto, es imprescindible analizarlas, cuando se hace un estudio sobre la calidad de atención a las usuarias internas⁴².

1.2.5. Usuario de un servicio de salud

En calidad los usuarios pueden ser internos y externos³².

Usuario interno. Las personas que al interior de la institución se encuentran involucradas en el proceso de prestación de los servicios. Los directivos deben escuchar y responder sus necesidades en la misma forma en que escuchan y responden a las necesidades de los clientes.

La satisfacción de los trabajadores de las instituciones sanitarias es un elemento que forma parte de la definición de la calidad de la atención prestada. Medir la satisfacción laboral comprueba la calidad de la organización y de sus servicios internos.

Se entiende por satisfacción laboral, el sentimiento de agrado o positivo que experimenta un sujeto por el hecho de realizar un trabajo que le interesa, en un ambiente que le permite estar a gusto, dentro del ámbito de una organización que le resulta atractiva y por el que percibe una serie de compensaciones psico-socio-económicas acordes con sus expectativas.

Para el estudio los usuarios internos lo constituyen los licenciados en obstetricia que brindan atención prenatal a las mujeres gestantes que acuden a la estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva.

Usuario externo. Las personas que reciben los servicios de salud. Persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está afectada especialmente si va por servicios curativos y seguramente no siempre tiene la razón, pero tiene que estar en primer lugar si una institución de atención en salud se propone servir con calidad³². En este caso usuaria externa es la mujer gestante que recibe atención prenatal en el servicio de obstetricia del Hospital General de Jaén.

1.2.6. La percepción de la calidad por el usuario

Se refiere a como éste estima que la organización de la salud está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo con la manera como él valora lo que recibe o brinda. El cliente o usuario define lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una realimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio³².

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo y diseño de investigación

Se diseñó un estudio de No experimental, tipo retrospectivo⁴³ para abordar la variable: características epidemiológicas de la muerte materna en el periodo 2010-2017.

Y un diseño descriptivo de corte transversal⁴³ para la variable calidad de atención prenatal desde la opinión del usuario interno y externo.

El estudio, se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital General de Jaén.

2.2. Descripción del área de estudio

El Hospital General Jaén, se ubica en el distrito y provincia de Jaén, de la región Cajamarca-Perú. Órgano desconcentrado de la Dirección Sub Regional de Salud Jaén, categoría II-1. Brinda atención hospitalaria a la población a través de la presentación hospitalaria, ambulatoria y emergencias. Además, desarrolla actividades de prevención de los riesgos y daños. También apoya la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia.

El ámbito de influencia del Hospital General Jaén, son las provincias de Jaén y San Ignacio, con 347 700 habitantes.

En el hospital laboran 337 trabajadores, el mayor grupo ocupacional corresponde a los técnicos en enfermería (78), seguidos por los licenciados en enfermería (68), médicos (32), obstetras (20) y otros grupos ocupacionales.

El hospital tiene 66 camas, distribuidas en las áreas de Hospitalización de Neonatología (10 camas), Cirugía (11), Medicina (12); Pediatría (12) y Gineco Obstetricia (21).

El Hospital General de Jaén posee una infraestructura distribuida en áreas asistenciales y administrativas. También posee áreas destinadas a las estrategias sanitarias, como la Estrategia Sanitaria para la Atención Integral del Niño Sano, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Estrategia Sanitaria Infecciones de Transmisión Sexual, Estrategia Sanitaria de Enfermedades Metaxénicas, entre otras unidades productoras de salud.

El Hospital General de Jaén para el año 2017 tuvo una asignación presupuestal de S/. 13 425 371 (trece millones cuatrocientos veinticinco mil trecientos setenta y uno con 00/100 soles). El 27,54 % del presupuesto se asigna al Programa Salud Materno Neonatal, seguido del Programa Articulado Nutricional recibe un 17,91 % y para las acciones centrales recibe un 15,74 % del programa presupuestal⁴⁴.

2.3. Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis: para la variable mortalidad materna, la unidad de análisis fue cada una de las fichas epidemiológicas de las muertes maternas y para la variable calidad de la atención prenatal, lo constituyeron cada una de las usuarias internas (obstetras) y cada una de las usuarias externas (gestantes) atendidas en el servicio de obstetricia del HGJ.

Población: Para las muertes maternas, la población lo constituyeron 19 fichas epidemiológicas de las MM acaecidas en el período 2010-2017 en el Hospital General de Jaén. Por tratarse de una población finita, se trabajó con el total de la población (N=19 muertes maternas).

Para los usuarios internos la población estuvo constituida por 20 obstetras, al igual que el caso anterior, se trató de una población pequeña, por lo que se trabajó con el total de la población. Se consideraron como criterios de inclusión: personal obstetra, nombrado y contratado, varones y mujeres, que laboraron en el servicio de obstetricia. Se excluyó a un profesional que se encontró de vacaciones en el periodo de aplicación del instrumento, quedando constituida la población de estudio por 19 licenciadas en obstetricia (N= 19 usuarias internas).

Se identificaron a las obstetras a partir del listado proporcionado por la unidad de personal del nosocomio.

En el caso de las usuarias externas, la población de referencia estuvo constituida por 2050 gestantes programadas para ser atendidas en el año 2017 en el Hospital General de Jaén

Muestra: para determinar el tamaño de la muestra se usó una fórmula estadística para poblaciones conocidas, un nivel de confianza del 95 % y un error relativo del 5%, quedando constituida por 275 gestantes (Anexo 2). La muestra fue seleccionada utilizando un muestreo probabilístico aleatorio simple y como marco muestral, el padrón nominal del servicio de obstetricia. También se empleó como soporte la función aleatoria del programa EXCEL tomando en consideración los siguientes criterios de inclusión:

- Usuaris del segundo y tercer trimestre de gestación, atendidas en los servicios de obstetricia.
- Usuaris que aceptaron participar en la investigación de manera voluntaria, una vez que conocieron los objetivos de la investigación.

Se excluyeron a las gestantes del primer trimestre, para evitar el sesgo de percepción, a las usuarias que experimentaron un aborto y a las que cambiaron de domicilio fuera de Jaén.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron las siguientes técnicas:

Revisión documental: para el estudio de la variable características epidemiológicas de la mortalidad materna.

Encuesta: para medir la variable calidad de la atención prenatal, desde la opinión del usuario interno.

Entrevista: para el estudio de la variable calidad de la atención prenatal, desde la opinión del usuario externo.

En congruencia con las técnicas se diseñaron los siguientes instrumentos:

Guía de revisión documental: para recoger la información sobre muertes maternas, se hizo una revisión documental de las fichas epidemiológicas de muertes maternas de la Oficina de Epidemiología del Hospital General de Jaén, correspondientes al período 2010-2017, que incluyó: variables sociodemográficas, antecedentes ginecobstétricos, paridad, número de controles, momento en que ocurrió la muerte

materna, lugar de ocurrencia del evento, causa de la muerte materna, fecha de la muerte (Anexo 3).

Cuestionario estructurado: dirigido a obtener datos sobre calidad de la atención prenatal al usuario interno (Anexo 4). Se estructuró en tres partes, la primera, contiene las instrucciones, donde se menciona el propósito del estudio, confidencialidad y las indicaciones para su llenado; la segunda, corresponde a las características sociodemográficas del profesional de salud (05 ítems) y la tercera, contiene los ítems referidos a la atención prenatal propiamente dicha.

Evalúa tres dimensiones: técnica, elementos tangibles, necesidades y expectativas, constituido por 12 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta de tres criterios: nunca: 0; a veces: 1 y siempre: 2.

Cada dimensión contiene los siguientes ítems:

N°	Dimensiones	N° Indicadores	Ítems
1	Técnica	(4)	5,6,7,8
2	Elementos tangibles	(4)	1,2,3,4
3	Necesidades y expectativas	(4)	9,10,11,12,

El valor final de la percepción respecto a la calidad de atención según la usuaria interna se clasificó en:

Calidad mala = 0 – 12

Calidad regular = 13 – 18

Calidad buena = 19 – 24

El cuestionario se aplicó en el consultorio de obstetricia, respetando el derecho a la

autodeterminación, la profesional luego de recibir la información decidió libremente su deseo de participar en la investigación. Para ello se les brindó información detallada sobre la finalidad del estudio.

Guía de entrevista: dirigido a obtener información sobre percepción de la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de la gestante o usuaria externa. Tuvo la misma estructura que el cuestionario. La primera, contiene las instrucciones; la segunda, los datos generales de las usuarias y la tercera parte, la variable en estudio (Anexo 5).

Se evaluó tres dimensiones: la técnica, humana y la del entorno, constituida por 15 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta de tres criterios: de acuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (1) y muy en desacuerdo (0).

Cada dimensión contiene los siguientes ítems:

Dimensiones	N° de ítems	ítems
Técnica	(05)	6,7,11,14,15,
Humana	(05)	8,9,10,13,12
Del entorno	(05)	1,2,3,4,5

El valor final, de la variable calidad de atención prenatal desde la opinión de la usuaria externa es:

Calidad mala = 0 – 15

Calidad regular = 16 – 22

Calidad buena = 23 – 30

La validez del contenido de los instrumentos (cuestionario y entrevista) se realizó

mediante Juicio de Expertos, conformado por cinco jueces, especialistas en el tema, quienes valoraron con uno (1) las preguntas consideradas correctas y cero (0) las incorrectas, teniendo en cuenta cuatro (4) criterios: pertinencia, coherencia, claridad y profundidad. Las observaciones formuladas por los jueces permitieron hacer las modificaciones a algunos términos de los enunciados antes de su aplicación para un mejor entendimiento. Los resultados fueron sometidos a la prueba binomial para determinar el error de significancia, mediante la tabla de concordancia (Anexo 6).

El cuestionario y guía de entrevista fueron sometidos a prueba de confiabilidad, para tal efecto, se realizó una prueba piloto en 10 usuarias internas en el primer instrumento y 15 usuarias externas en el segundo, en una muestra con características similares a la población de estudio, lo que permitió determinar la consistencia interna entre ítems, mostrando un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach $p=0,76$ para el cuestionario, y $p= 0,82$ para la guía de entrevista (Anexo 7).

2.5. Procedimiento para la recolección de los datos

- a) Para la ejecución del estudio se realizó los trámites administrativos necesarios para obtener el permiso correspondiente.
- b) Se coordinó con la responsable del servicio, quien brindó todas las facilidades para aplicar los instrumentos. También se coordinó con la responsable de la unidad de epidemiología del hospital.
- c) Una vez diseñados los instrumentos y su validación correspondiente, se administró los instrumentos a cada una de las unidades de análisis.
- d) Posteriormente se acopiaron los datos para su procesamiento posterior.

e) La guía de entrevista se administró a la gestante, luego que se le brindó información sobre los objetivos del estudio. La entrevista fue ejecutada en un ambiente del servicio luego de la consulta prenatal y el consentimiento informado escrito o verbal (Anexo 8). Se procuró generar un ambiente de confianza. El tiempo promedio utilizado fue de 15 minutos. Para la administración del cuestionario a los profesionales de obstetricia se siguió la misma ruta, este fue auto administrado, en un tiempo promedio de 7 minutos.

Para la administración de los instrumentos se capacitó a tres (3) estudiantes de enfermería del último año de estudios. Los instrumentos fueron sometidos a control de calidad de manera aleatoria luego de su aplicación.

2.6. Procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico PASW STATISTICS (SPSS), Versión 21.

Se utilizó la estadística descriptiva para el análisis de las variables, a través de medidas de tendencia central, distribuciones simples de frecuencias. Los resultados fueron presentados en figuras y tablas y discutidos a la luz del marco teórico.

2.7. Consideraciones éticas

En el desarrollo del estudio se aplicó los siguientes principios éticos de la investigación:

- **Principio de respeto:** comprende el derecho a la autodeterminación y el derecho irrestricto a la información. Los participantes decidieron libremente su participación en la investigación.

- **Consentimiento informado:** se les explicó los objetivos del estudio y se les aseguró preservar la confidencialidad de los datos. Los participantes en el estudio firmaron la autorización por escrito.

- **Principio de justicia:** en todo momento los participantes del estudio fueron tratados con amabilidad y respeto.

- **Principio de beneficencia:** se les comunicó que la información proporcionada no será utilizada en su contra⁴⁵.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Respecto a la caracterización sociodemográfica de las usuarias externas, se encontró que el rango de edad predominante fue 15 a 41 años (34,1 %), seguido del grupo entre los 22 a 27 años (32,9 %). El 82,9 % de las usuarias externas viven en unión libre, 54,9 % tienen educación secundaria, seguido del nivel técnico (22,0 %), de ocupación amas de casa (73,2%). El 100,0 % están afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS) (Anexo 9).

En cuanto a los usuarios internos (obstetras), se ubicaron en su mayoría en el rango de edad comprendido entre los 25 a 40 años, el 94,7 % eran mujeres, el 68,4 % tenían entre 1 a 5 años de experiencia laboral, 94,7 % laboraban solo en el área asistencial. Además, el 89,5 % no han cursado una segunda especialidad en el área de su desempeño profesional, las que ostentan este post título, son las más jóvenes y tienen menos tiempo de servicio (Anexo 9).

3.1.1. Razón de Mortalidad materna

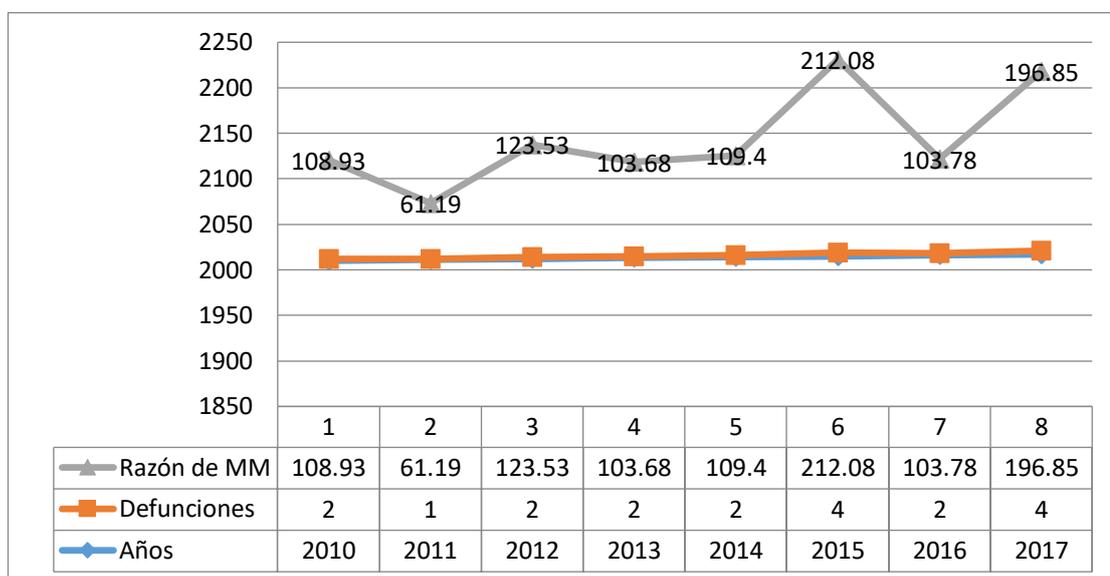
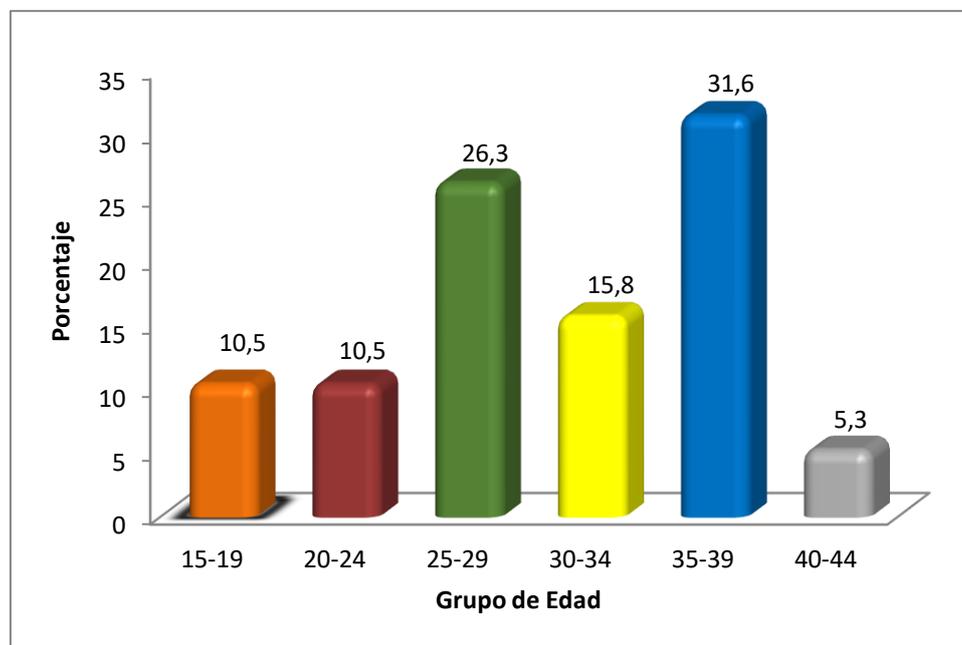


Figura 1. Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos en el Hospital General de Jaén, período 2010-2017

Se evidencia que la razón de mortalidad materna en el Hospital General de Jaén durante el periodo 2010- 2017, se ha mantenido estable, salvo el año 2011 que disminuyó en la mitad. En el año 2010 se registró 108,93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, y en el año 2017 la razón de mortalidad materna fue de 196,85 por cada 100 000 nacidos vivos, de lo que se deduce que la mortalidad materna ha aumentado.

3.1.2. Características epidemiológicas de la mortalidad materna en el Hospital General de Jaén



Fuente. Oficina de Epidemiología del Hospital General de Jaén

Figura 2. Muerte materna por grupo de edad. Hospital General de Jaén 2010-2017

Se observa que las defunciones durante el periodo 2010-2017 ocurren en un 31,6 % en mujeres cuya edad oscila entre los 35 a 39 años de edad, seguidas del grupo de edad entre los 25 a 29 años que alcanza un 26,3 %. La edad promedio de las mujeres fallecidas es 29,9 años.

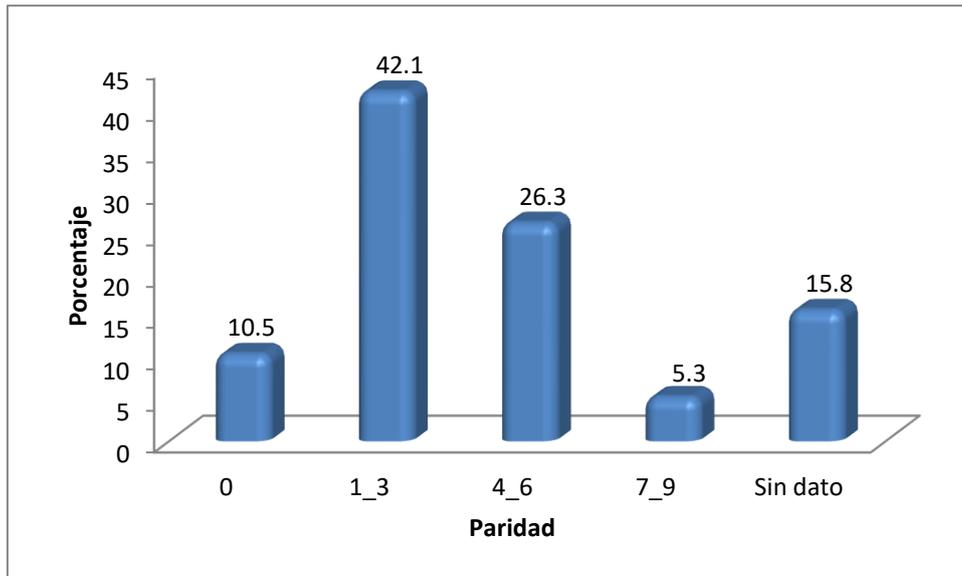


Figura3. Muerte materna según paridad. Hospital General de Jaén 2010-2017

Se observa que el 42,1 % de las defunciones ocurrieron en mujeres que tenían entre 1 - 3 hijos, seguido entre las que poseían entre cuatro a seis hijos (26,3 %).

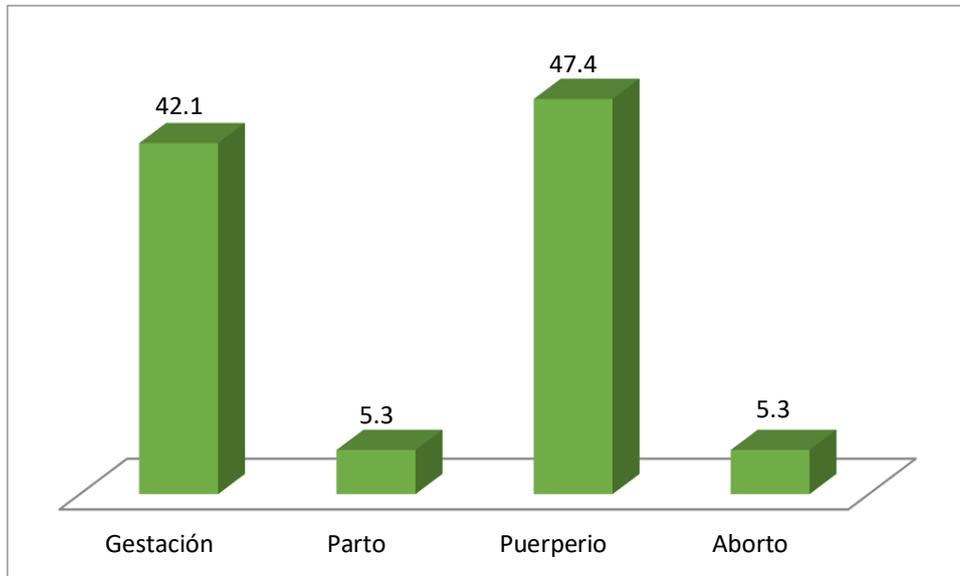


Figura 4. Muertes maternas según momento del fallecimiento. Hospital General de Jaén 2010-2017

En la figura 4 se observa que el 47,4 % de las muertes maternas ocurren en el momento del puerperio; 42,1 % en la gestión y 5,3 % en el parto y aborto respectivamente.

Tabla 1. Muertes maternas según controles de atención prenatal. Hospital General de Jaén 2010-2017

Atención prenatal	Defunciones	Porcentaje
1-2	02	10,5
3-4	01	5,2
5-6	04	21,1
Más de 7	03	15,9
Sin control	04	21,0
Sin dato	05	26,3
Total	19	100,0

Del total de muertes maternas, se observa que el 37 % de gestantes tuvieron controles prenatales adecuados (\geq a cinco citas), 47,3 % CPN inadecuados (21,0 % no tuvo ningún control prenatal y 26,3 % sin registró).

Tabla 2. Muertes maternas según clasificación y causa. Hospital General de Jaén
2010-2017

Clasificación	Causa básica	N°	%
Directa	Hemorragia	09	64,3
	Pre eclampsia	03	21,4
	Otras	02	14,3
	Sub total	14	76,7
Indirectas	Edema Pulmonar	02	40,0
	Diabetes mellitus tipo 2 descompensada	02	40,0
	Accidente cerebro vascular	01	20,0
	Sub total	05	26,3
	Total	19	100,0

Del total de muertes maternas, se observa que el 76,7 % son clasificadas como muertes de causa directas, y el 26,3 % indirectas. Siendo la causa básica de muerte directa las hemorragias en un 64,3 %.

3.1.3. Calidad de atención prenatal desde la opinión de las usuarias externas (gestantes)

Tabla 3. Calidad de atención prenatal desde la opinión de las usuarias externas en la dimensión entorno. Hospital General de Jaén, 2017

N°	Indicadores	Buena		Regular		Mala		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Señalización	258	93,9	-	-	17	6,1	275	100,0
2	Ambientes limpios y ordenados	220	80,1	41	15,0	14	4,9	275	100,0
3	Privacidad en la consulta	251	91,3	17	6,2	7	2,5	275	100,0
4	Mobiliario cómodo y en buen estado	174	63,4	87	31,7	14	4,9	275	100,0

Las usuarias externas en su mayoría presentan una opinión buena respecto a la calidad de la atención prenatal en la dimensión entorno. El 93,9 % refieren que los ambientes están señalizados, existe privacidad en la consulta, para el 91,3%, los ambientes están limpios y ordenados y en un 63,4 % perciben a los mobiliarios como cómodos y en buen estado.

Tabla 4. Calidad de atención prenatal desde la percepción de las usuarias externas en la dimensión técnica en el Hospital General de Jaén, 2017

N°	Indicadores	Buena		Regular		Mala		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Existen insumos y equipos para la atención prenatal	188	68,3	74	26,8	13	4,9	275	100,0
2	Capacidad profesional	181	65,9	91	32,9	3	1,2	275	100,0
3	Información sobre importancia de la APN	181	65,9	74	26,8	20	7,3	275	100,0
4	Información sobre signos de alarma	187	68,0	74	26,8	14	5,2	275	100,0
5	Tiempo de espera razonable.	143	52,0	91	33,0	41	15,0	275	100,0

La opinión de las gestantes respecto a esta dimensión técnica, es buena con tendencia a baja, alcanzando un porcentaje considerable en los indicadores “existen insumos y equipos para la atención prenatal” (68,3 %), “brindan información sobre signos de alarma” (68,0 %) y sobre la “importancia del control prenatal” (65,9 %). También perciben como bueno la “capacidad profesional” (65,9 %) para atender las demandas de las usuarias. Si bien es cierto la mitad de usuarias dicen que el tiempo de espera es razonable, un porcentaje considerable de gestantes lo perciben como no razonable, expresándose en una percepción regular (33,0 %) y mala (15,0 %).

Tabla 5. Calidad de atención prenatal desde la percepción de las usuarias externas en la dimensión humana en el Hospital General de Jaén, 2017

N°	Indicadores	Buena		Regular		Mala		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Personal atento y amable	198	72,0	77	28,0	-	-	275	100,0
2	Capacidad de escucha	238	86,6	37	13,4	-	-	275	100,0
3	Personal dispuesto a ayudar	165	59,8	107	39,0	3	1,2	275	100,0
4	Atención personalizada	171	62,2	104	37,8	-	-	275	100,0
5	Incluye a la familia en el autocuidado	168	61,2	107	38,8	-	-	275	100,0

En relación a la dimensión humana, la percepción es buena con tendencia a baja. Es buena, porque las usuarias refieren que el personal tiene “capacidad de escucha” (86,6 %), “es atento y amable” (72,0 %) y les “brindan una atención personalizada “(62,2 %). También perciben como bueno la “capacidad profesional” (65,9 %). En menor proporción perciben como bueno que se incluya a la familia en el cuidado (61,2 %) y estar dispuestos a brindar apoyo (59,8 %).

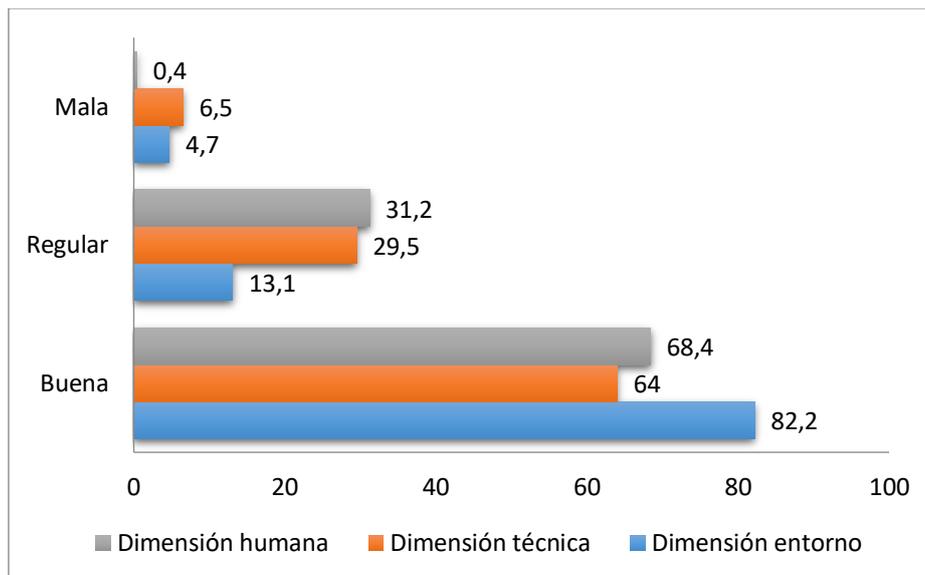


Figura 5. Calidad de atención desde la perspectiva de la usuaria externa, 2017

La calidad de atención desde la opinión de la usuaria externa es buena con tendencia a regular, la dimensión mejor valorada es la del entorno (82,2 %), seguida de la dimensión humana (68,4 %) y técnica (64 %).

3.1.4. Calidad de atención prenatal desde la opinión de los usuarios internos (profesionales de salud)

Tabla 6. Calidad del control prenatal en la dimensión técnica desde la opinión del usuario interno. Hospital General de Jaén, 2017

N°	Indicadores	Buena		Regular		Mala		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Cuenta con manual de procedimientos	16	84,2	3	15,8	-	-	19	100,0
2	Aplicación del manual de procedimientos	16	84,2	2	10,1	1	5,7	19	100,0
3	Conoce el contenido del manual	18	94,7	1	5,3	-	-	19	100,0
4	Auditoria a historia clínicas	15	78,4	3	17,1	1	4,5	19	100,0

Los usuarios internos en su mayoría tienen una opinión buena respecto a la calidad de atención prenatal en la dimensión técnica. El 84,2 % cuentan con la norma técnica, 94,7 % conocen su contenido y 84,2 % lo aplican en la atención a las gestantes. 78,4 % del personal refiere que las historias clínicas son auditadas.

Tabla 7. Calidad del control prenatal en la dimensión estructura/elementos tangibles desde la opinión del profesional de salud. Hospital General de Jaén, 2017

N°	Indicadores	Buena		Regular		Mala		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Disponibilidad de equipos	14	73,7	5	26,3	-	-	19	100,0
2	Condición de equipos y materiales	9	47,4	10	52,6	-	.	19	100,0
3	Disponibilidad de medicamentos y pruebas diagnósticas	16	84,2	3	15,8	-	-	19	100,0
4	Tiempo de espera	8	42,1	10	52,6	1	5,3	19	100,0

Los usuarios internos perciben como bueno la calidad de atención prenatal en los indicadores: disponibilidad de medicamentos y pruebas diagnósticas (84,2 %), y disponibilidad de equipos (73,7 %). Pero, regular, respecto a la condición de los equipos, materiales (52,6 %) y al tiempo de espera en la misma proporción.

Tabla 8. Necesidades y expectativas del usuario interno. Hospital General de Jaén, 2017

Nº	Indicadores	Buena		Regular		Mala		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	Oportunidad de capacitación	3	15,8	-	-	16	84,2	19	100,0
2	Oportunidad de ascenso	16	84,2	3	15,8	-	-	19	100,0
3	Recibe reconocimiento	6	31,6	13	68,4	-	-	19	100,0
4	Distribución de responsabilidades	18	94,7	1	5,3	-	-	19	100,0
5	Supervisión	12	63,2	7	36,8	-	-	19	100,0
6	Salario justo	6	31,6	11	57,9	2	10,5	19	100,0

Los usuarios internos perciben como bueno la calidad de atención prenatal, en la dimensión “necesidades y expectativas”, respecto a la distribución de responsabilidades (94,7 %), oportunidad de ascenso (84,3 %) y supervisión (63,2 %). La percepción es regular, en relación al reconocimiento que reciben (68,4 %) y al salario (57,9 %).

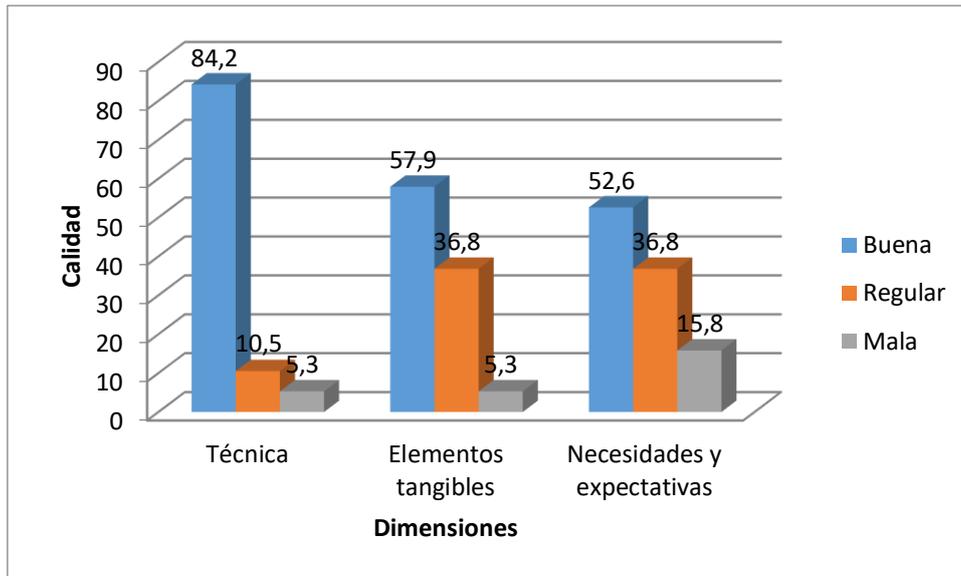


Figura 6. Calidad de atención desde la perspectiva del usuario interno, 2017

La calidad de atención desde la perspectiva del usuario interno es buena con tendencia a regular. La dimensión mejora percibida es la técnica (84,2 %), seguida por los elementos tangibles (57,9 %) y la satisfacción de las necesidades y expectativas (52,6 %).

3.2. Discusión

La evidencia muestra que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en los últimos siete años en el Hospital General de Jaén ha tenido un comportamiento ascendente (2010: 108,93 MM/100 000 nacidos vivos; 2017:196,85 MM/100 000 nacidos vivos) a diferencia de la tendencia nacional que es descendente, de 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en el año 2000^{46,47} pasó a 97 por cada 100 000 nacidos vivos en el 2017⁴⁸.

La evidencia también muestra que los decesos que ocurrieron en el hospital en su mayoría son de mujeres que llegan con complicaciones obstétricas graves de distritos rurales o áreas periurbanas de la ciudad de Jaén. En ese sentido, las muertes podrían atribuirse no solo a la baja capacidad de resolución de la unidad prestadora de servicios de salud; también se podría imputar a la inequidad, exclusión social, así como al insuficiente empoderamiento de las mujeres para ejercer sus derechos en especial los sexuales y reproductivos⁴⁹ en la zona de estudio.

El esfuerzo del Estado por lograr que los usuarios de escasos recursos puedan contar con un Seguro de Salud, (Seguro Integral de Salud-SIS), no garantiza el acceso oportuno de las gestantes a los servicios de salud y la calidad en la atención. Existen diferentes determinantes sociales y culturales que se expresa en la toma de decisión tardía para buscar atención médica y atender oportunamente las complicaciones del embarazo, parto o puerperio¹⁴.

Este resultado es corroborado por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud⁴⁹, la Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA)¹⁰ y la Dirección de Salud Jaén (DISA) que indican que Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca presentan la razón de mortalidad materna más alta en el país, y

son las regiones de la selva, sierra y zonas rurales las más vulnerables para la MM.

Por lo anterior, se deben profundizar los esfuerzos para mejorar la capacidad de resolución del hospital de Jaén, como principal establecimiento de referencia en la zona y poner énfasis en el aspecto socio cultural de las mujeres y su familia, colocando la salud sexual y reproductiva como prioridad en la agenda política regional y local.

La edad promedio de las fallecidas es 29,9 años, la mayoría ocurrió en el grupo de edad entre los 35 a 59 años (31,6 %). Los hallazgos sobre la muerte materna según la edad concuerdan con Sutan⁵⁰, Yogey⁵¹ y Donoso⁵² quienes reportaron una mayor mortalidad materna en los grupos de mujeres de 35 a más años. Al respecto Yogey⁵¹ indica que el embarazo de 35 a más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y al incremento de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal, lo que se constituye en un importante problema de salud pública especialmente en poblaciones pobres.

El análisis de la muerte materna según paridad muestra un alto porcentaje de defunciones en mujeres con 1-3 hijos. Alvarado⁵³ sostiene que las poblaciones con elevados niveles de fecundidad muestran elevadas tasas de mortalidad materna; el corto intervalo intergénésico (menor de dos años), la ocurrencia de embarazos en edades extremas de la vida reproductiva (menores de 15 años y mayores de 35 años) y los embarazos no deseados, sumado los factores de riesgo como: diabetes mellitus gestacional, hipertensión, entre otras patologías contribuyen al incremento de las muertes maternas.

El estudio, también puso de manifiesto que las muertes maternas ocurren principalmente durante el puerperio por causa obstétricas directas. El Ministerio de Salud⁴⁹ corrobora los resultados sobre la clasificación de las muertes maternas y su causa básica, al indicar que la muerte materna por causas directas se ha ido incrementando en relación con las indirectas, destacándose con mayor significación las hemorragias. En esa misma línea la OMS⁵⁴ señala que las mujeres fallecen principalmente por causas directas en un 80 %, siendo las más frecuentes, la hemorragia intensa generalmente puerperal, infecciones (septicemia) y trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia). Lo lamentable es que la mayoría de ellas pueden evitarse.

Respecto al momento de ocurrencia del fallecimiento, el Ministerio de Salud⁴⁹ corrobora los hallazgos del estudio al señalar que las muertes maternas acontecen en el momento del puerperio seguido del embarazo y parto. El puerperio inmediato se asocia a las causas directas en un 80 %, momento en se pone en juego diferentes mecanismos que permiten al útero contraerse y deje de sangrar ⁵⁵.

Los resultados sobre el control prenatal son confirmados por ENDES quien, señala que el 67 % de las mujeres no recibieron control prenatal a nivel nacional, esta carencia tiene su correlato con el momento del fallecimiento y ocurren 24 horas posteriores al parto; sucesos que podrían haberse evitado con una atención prenatal oportuna y sistemática a cargo de los profesionales de la salud⁴⁷.

Alvarado⁵³ señala que es factible disminuir las muertes maternas mediante el control prenatal, puesto que evita los factores de riesgo como: hipertensión arterial, diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, prematuridad, bajo peso al nacer entre otros. Por su lado Tapia⁵⁶ sustenta que-recibir de seis a ocho controles prenatales, califica

a la gestante como controlada o con control adecuado, lo cual no ocurrió en las gestantes fallecidas donde solo el 37 % fueron controladas como lo estipula la norma técnica.

No obstante, la OMS⁵⁵ advierte que el control prenatal durante el embarazo no garantiza el proceso final de la gestación sin complicaciones; por lo tanto, los decisores de la política de salud deben mejorar la capacidad de respuesta de los servicios para la atención de las complicaciones obstétricas y abordar las barreras de índole cultural y organizacional que condicionan que las madres acudan con oportunidad a la atención prenatal y parto.

Con respecto a la calidad de atención prenatal desde la perspectiva del usuario externo en términos generales es buena (70,1 %). Las dimensiones: técnica, humana y del entorno fueron percibidos como de “buena calidad”, siendo ligeramente mejor la percepción en la dimensión entorno. Los resultados, coinciden con la investigación realizada por Quintero et al.¹⁹ quienes demuestran que la mayoría de las gestantes recibieron buen trato (96 %), se respetó su privacidad (90 %) y la información recibida fue clara (98 %), datos que superan los encontrados en el estudio, donde los porcentajes son inferiores.

El análisis de la dimensión técnica, muestra que la información recibida sobre la importancia del control prenatal y los signos de alarma alcanzaron un porcentaje entre el 66 al 68 %, si bien, estas cifras superan el cincuenta por ciento, la consideramos no óptima. Los resultados podrían encontrar explicación en la insuficiente consejería y educación para la salud brindada. Aspectos considerados clave para que las usuarias puedan tomar decisiones respecto a su autocuidado, se sientan susceptibles y perciban la gravedad de las complicaciones del embarazo. La

consejería es un instrumento muy fácil de manejar desde los servicios de salud, pero poco asumida por los trabajadores debido a las presiones del entorno laboral¹⁴.

Datos cercanos a las del estudio fueron encontrados por Donaire²⁵ en Lima, pero inferiores a los reportados por Quinde y Romero¹⁵ donde el 95 % de las encuestadas expresaron que siempre que acuden al control prenatal se les brinda información, y se les recuerda los signos de peligro.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID)⁵⁷ argumenta que se debe reforzar los conocimientos y prácticas para la prevención (estilos saludables), el autocuidado y el empoderamiento personal, familiar y comunitario, lo cual ayudará a garantizar una atención prenatal de calidad.

La principal debilidad en la dimensión técnica, percibida por más de un cuarto de la población usuaria fue el tiempo de espera, las madres esperan más de una hora para su control. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, esta situación está vinculada al exceso de demanda que supera la disponibilidad de personal en el servicio, de allí que se considera que el HGJ debe diseñar planes de mejora para superar este problema. Este resultado es contrario a lo mostrado por Quinde y Romero¹⁵ en su estudio, donde el 87,5 % de las encuestadas respondieron que la atención que brinda el personal en la dimensión técnica es buena; no obstante, las madres señalaron que el ambiente en el que son atendidas se siente tenso debido a que la demanda de pacientes es muy alta y con ello el tiempo de espera sobrepasa las dos horas en algunos casos.

En la dimensión del entorno, la percepción de las gestantes también es buena, expresado en la presencia de señalización (93,9 %), privacidad en la atención (91,3

%) y ambientes limpios y ordenados (86,1 %); resultados parecidos encontró Quintero et al.¹⁹ donde se identificó que la privacidad (90 %), fue percibido como de buena calidad por las gestantes. Urbina²² también encontró que el 42,9 % de las gestantes expresaron un nivel de satisfacción buena sobre la calidad de atención en esta dimensión, pero, los porcentajes son inferiores a los encontrados en el estudio.

En cuanto a la dimensión humana, las gestantes perciben una buena calidad de atención, reconocen que existe capacidad de escucha (86,6 %), el trato es atento y amable (72 %), reciben una atención personalizada (62,2 %) e incluyen a la familia en el autocuidado (61,2 %), aspectos que redundan en la adherencia de las usuarias al servicio.

Estudios internacionales y nacionales en la dimensión humana coinciden en señalar que la calidad de atención a las gestantes es buena, las encuestadas respondieron que el personal de salud que las atendió durante el embarazo siempre mostró respeto, una sonrisa, las saludaban y preguntaban cómo se sentían^{15,19}; lo cual es satisfactorio, puesto que, si el embarazo se desarrolla en un ambiente problemático puede afectar la salud psicológica de la madre. Los resultados también se apoyan en los estudios de Donaire²⁵ quién señaló que la interrelación profesional-gestante en Lima es buena (69,4 %), y con el de Kuray²⁰ en Piura, en la medida que el 92,7 % de gestantes manifestaron que la comunicación con el profesional fue buena.

La Organización Mundial de la Salud⁵⁵ recomienda que todas las mujeres deberían poder acceder a una atención prenatal de calidad para tener una experiencia positiva en el embarazo, ya que el contacto regular con los servicios de salud durante el embarazo protegerá su salud y la de su hijo, recomendaciones que estarían siendo tomadas en cuenta en el Hospital General de Jaén, desde la percepción de los usuarios

internos.

La calidad de la atención prenatal desde la opinión de la usuaria interna, es percibida como buena con tendencia a regular. Al analizar los indicadores de manera específica muestran que la dimensión “técnica” es percibida como buena por el apego a los manuales de procedimientos, pero, los “aspectos tangibles” son catalogados como regulares cuando se hace referencia a las condiciones de los equipos y materiales, y tiempo de espera (52,6 % respectivamente). En ese sentido, Fernández y Rizo⁵⁸, concluyeron en su estudio en México que habría que estudiar con mayor detalle en qué medida estos problemas obedecen a carencia de supervisión de procesos, insuficiente personal, materiales e infraestructura o a cansancio del personal.

En el estudio de la dimensión necesidades y expectativa de los usuarios internos, los indicadores más valorados fueron: distribución de las responsabilidades (94,7 %), oportunidades de ascenso (84,2 %) y supervisión (63,2 %) a diferencia de las oportunidades de capacitación que fueron percibidas como mala (84,2 %), y el salario como injusto.

Para el personal de obstetricia la actualización y capacitación permanente, es una iniciativa personal; más no una política institucional. En cuanto al salario, se reconoce que ha mejorado en los últimos años, pero aún es insuficiente para cubrir adecuadamente las necesidades básicas. Como se observa, existen limitaciones de índole institucional y otros de carácter estructural. La primera, debe ser tomada en cuenta y abordada por los directivos del HGJ a través de una planificación anual y sobre la base de la identificación de necesidades de capacitación. La segunda debe ser tomada en cuenta por el Estado a través de los Ministerios de Trabajo, y

Economía y Finanzas, quienes deberá hacer un esfuerzo por establecer una remuneración justa para el personal de la salud.

La percepción de la calidad de atención como buena desde la opinión del usuario externo, pueden encontrar sustento en la tesis de Lazo⁵⁹ quien sostiene que la población en sus diferentes segmentos sociales por lo general tiene baja expectativa respecto a la calidad de la atención que demanda, más aún si se trata de poblaciones de menores recursos, que generalmente acceden a proveedores poco preocupados en garantizar la calidad de sus servicios, en consecuencia, los criterios para evaluar la calidad de la atención recibida son limitados. No conciben la atención de la salud como un derecho, por el contrario, las personas perciben que estarían siendo favorecidas por acciones benefactoras sobre las que, no les asiste la posibilidad de exigencia, reclamo o queja.

Willams⁶⁰ en su teoría de la asimilación-contraste también explica porque las personas califican como buena la calidad de la atención. El autor afirma que, mientras no ocurra un evento en extremo negativo muchos, emiten buenas calificaciones sin que sientan haber recibido una buena atención, dado que consideran que es lo más aceptable que los administradores les pueden ofrecer.

Hay situaciones maternas prevenibles con servicios de atención de alta calidad, de allí que el fortalecimiento de los recursos humanos en salud (RUS), la infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos y la atención primaria en las instituciones prestadoras de salud son una necesidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La razón de mortalidad materna en el Hospital General de Jaén en el periodo 2010-2017 muestra una tendencia ascendente en contraste a la tendencia nacional que es decreciente.

Las defunciones maternas ocurren con mayor frecuencia en mujeres en edad adulta, multíparas, que tuvieron una atención prenatal inadecuada. Las muertes maternas ocurren principalmente durante el puerperio por causa obstétricas directas.

La calidad de atención sobre el control prenatal es percibida de manera global como bueno por las usuarias externas y como regular por los usuarios externos, notándose algunas limitaciones respecto al tiempo de espera, estado de mantenimiento de los equipos y mobiliario, escasa capacitación como política institucional y remuneración injusta, aspectos que podrían afectar la calidad de la atención a la madre y al niño.

Recomendaciones

1. A los directivos del Hospital de Jaén se recomienda elaborar planes de mejora, para superar las limitaciones percibidas por las usuarias internas y externas, como tiempo de espera, mantenimiento de equipos y mobiliario, y capacitación permanente.
2. Potenciar la capacidad de resolución del establecimiento con el fin de mejorar la calidad de atención obstétrica. Es necesario que la mujer embarazada tenga un seguimiento oportuno y sistemático durante la gestación, parto y puerperio, para la identificación y tratamiento de posibles complicaciones.
3. Los profesionales de obstetricia deben poner énfasis en el empoderamiento de las mujeres y su familia para crear una cultura de autocuidado de su salud, y el afrontamiento de las barreras culturales relacionadas con las demoras de la atención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzaga MR, Zonana A, Anzaldo MC, Olazarán A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Pública de México*; 2014, 56 (1)
2. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología Protocolos de Vigilancia Epidemiológica. Perú. [Acceso, 11 julio de 2018] Disponible en: http://www.dge.gob.pe/buho/buho_mmaterna.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna; 2012
4. Lazcano E, Schivon R, Uribe P, Walker D, Suárez L, Luna R, Ulloa A. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna México; 2015 [Acceso 11 julio de 2018]. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342013000800019&script=sci_arttext&tlng=en
5. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387(10017):462-74.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas; 2016 Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Mortalidad Materna. Colombia; 2015
8. Gutiérrez M, Velásquez E. Morbimortalidad materna. Publicaciones presentadas en la revista peruana de Ginecología y obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad peruana de Obstetricia y Ginecología. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*; 2017, 63 (3);413-427

9. Ministerio de Salud. Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Alcanzamos el quinto objetivo del Desarrollo del Milenio? Boletín epidemiológico del Perú; 2016 Vol. 26 - SE 24
10. Dirección Regional de Cajamarca. Análisis de situación de salud de la región Cajamarca; 2016
11. Rivera A. Control prenatal. Universidad Nacional Autónoma de México; 2008 [acceso 12 julio de 2018]. Disponible en: http://www.eneo.unam.mx/servicios_educativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/temas/conprena.pdf
12. Mesa Técnica de Trabajo sobre “Maternidad segura y responsable: Propuestas de acción”, organizada por la Comisión de la mujer y desarrollo social, que preside la congresista Fabiola Morales Castillo (AN).2011
13. Rodríguez R. La mortalidad materna en México, más allá de los objetivos de desarrollo milenario: un modelo de edad-período-cohorte. Journal List PLoS One.13 (3); 2018 PMC 58624. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862485/>
14. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med; 2017 [acceso 13 Julio de 2018], 65(2):305-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.59704>
15. Quinde N, Romero A. Percepción de las gestantes que acuden al Centro de Salud Biblián sobre la aplicación del programa de control prenatal, cañar, 2017. [Tesis de licenciatura] Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/30662/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
16. Dansereau E, McNellan C, Gagnier M, Desai S, Haakenstad A, Johanns C, et al. Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica. División de Protección Social y Salud; 2016
17. 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. Aciapromoc. Salud; 201, 19 (1);

18. Gonzaga MR, Zonana A, Anzaldo MC, Olazarán A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California, México. *Salud Pública de México*; 2014, 56 (1)
19. 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. *Cultura del Cuidado Enfermería*, ISSN-e 1794-5232, N°. Extra 1; 2011. Universidad de Rioja Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3757884>
20. Kuray AK. Factores del embarazo precoz y percepción de las gestantes adolescentes sobre la atención brindada por el profesional de obstetricia en el control prenatal del establecimiento de salud I-3 Nueve de Octubre-Piura; 2018. [Tesis de licenciatura]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Disponible en: repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/5674
21. Barboza M. Características sociodemográficas y el nivel de satisfacción sobre la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, noviembre 2017 – enero 2018 [tesis de Licenciatura]. Universidad nacional Federico Villa Real, Lima; 2018]
22. Urbina K. Satisfacción percibida sobre la calidad de atención en el control prenatal en gestantes que acuden al centro de salud Carlos Showing Ferrari, Región Huánuco, [Tesis de maestría] Universidad de Huánuco. Huánuco; 2017 [Línea]
23. Flores H. Percepción sobre la calidad de atención en gestantes que acuden al consultorio de atención prenatal del centro de salud Aucayacu de abril a setiembre del 2017 [Acceso, julio de 2018] Universidad de Huánuco. Disponible en: <http://distancia.udh.edu.pe/handle/123456789/932>
24. Ortega MA. Factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes en el servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre Junio-Diciembre; 2016 [título de médico cirujano] Universidad Ricardo Palma.
25. Donaire C. calidad de atención del profesional de obstetricia y adherencia de las gestantes a su control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Acapulco–DIRESA Callao 2014. [Tesis de grado] Universidad Privada Norbert Wiener. Lima-Perú; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/>

handle/123456789/1518/TITULO%20-%20%20Donayre%20Mu%C3%B1ante%
2c%20Carmela%20Teresa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26. Ministerio de Salud. La mortalidad materna en el Perú; 2010 [acceso 13 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/docs/Enlaces/020.pdf>
27. Alonso C. Mortalidad Materna en el Perú aún es muy alta. La república. [1 plantilla]. [acceso 26 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/09-07-2009/mortalidad-materna-en-peru-aun-es-muy-alta>.
28. Guevara E Estado actual de la mortalidad materna en el Perú; 2016. Rev Perú Investig Matem Perinat. 5 (2) Disponible en: file: ///C:/Users/USUARIO/Downloads/7y8_Estado_Actual_de_la_Mortalidad_Materna.pdf
29. Nindi SJ, Mhando DG, Kayombo AJ. The role of quality obstetric care services on reducing maternal mortality in rural areas of Tanzania. East Afr J Public Health 2011; 8 (4):286-293.
30. Hernández F. Marco conceptual de la queja médica en el contexto de la seguridad del paciente En Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. México. 1ra. Ed. 2012, Pág. 26
31. Fajardo G, Hernández D. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. MÉXICO, D. F. 2012 Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna NTS. 105-MINSA/DGSP-V-01. Resolución Ministerial 827- 2013/MINSA del 24 de diciembre de 2013 según RM N° 827-2013
32. Hospital Universitario del Valle, HUV, “Evaristo García”. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. ESE Cali, Valle, Colombia 2010
33. Net A, Suño R. la calidad de la atención sanitaria. Ponensies e Jornadis Fundación Donabedian. [en línea] [acceso 10 de julio de 2018] Disponible en: http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

34. Parasuraman A, Zeithaml V. A, Berry L. L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”; 1988 Journal of Retailing, 64 (1), pp. 12-40
35. Cáceres, E. Importancia del control prenatal. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. FIGO. Presentado en el congreso de Ginecología y obstetricia. Lima, 2010 [accesado 17 septiembre 2012]. Disponible en: [hit/wwwspog.org.pe/articulo.php?ariculo=2](http://www.spog.org.pe/articulo.php?ariculo=2).
36. De la cruz G. Importancia del control pre natal. Lima; 2017
37. Ministerio de Salud. Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de mortalidad materna y perinatal. [acceso 12 de julio de 2018] Disponible en: ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/ReglamentoCPMMpfebrero06.pdf
38. Munares O. Validez de constructo, validez concurrente y confiabilidad de una escala de percepción de la calidad de la atención prenatal en gestantes peruanas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 69 (2); 2018. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2602>
39. Heaman M, Sword W, Akhtar-Danesh N, Bradford A, Tough S, Janssen P et al. Quality of prenatal care questionnaire: Instrument development and testing. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014; 14:188. Disponible en: [https:// doi.org/10.1186/1471-2393-14-188](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-188).
-
40. Maslow A. Motivación y Personalidad; 1975, Sagitario, Barcelona.
41. Cantera F. Evaluación de la satisfacción laboral: Métodos Directos e Indirectos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. SIAFA, Madrid –España; 2004
42. Ministerio de Salud. Sistema de gestión de la calidad; 2001
43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación, 4ta Edición, México D.F; 2006:5. Hospital General de Jaén. Plan Operativo Institucional 2017; Jaén-Perú; 2017
44. Hospital General de Jaén. Plan Operativo Institucional; 2017

45. Morales J, Nava G, Esquivel J, Díaz LE. Principios de Ética, Bioética y Conocimiento del Hombre [Internet]. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. 2011. 24 p. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf
46. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epidemiol (Lima). 2012; 21(52):892-6.
47. Ministerio de Salud. MINSA. Mortalidad materna en el Perú; 2011. [Consultado 3 octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
48. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Mortalidad Materna en el Perú; 2017
49. Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna en el Perú.; 2017. [Consultado 6 octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE012017/05materna.pdf>
50. Sutan R, Campbell D, Prescott GJ, Smith WC. The risk factors for an explained antepartum stillbirths in Scotland, 1994 to 2003. J Perinatol 2010; 30 (5): 311-8.
51. Yogev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. Am J Obstet Gynecol 2010; 203 (6): 558.
52. Donoso E, Carvajal JA. Maternal, perinatal and infant outcome of spontaneous pregnancy in the sixth decade of life. Maturitas 2008; 59 (4): 381-6
53. Alvarado J. Apuntes de neonatología. 2da.ed. Lima-Perú: 2018
54. Organización Mundial de la Salud. Salud y la madre, el recién nacido, niño y adolescente: Mortalidad materna. Ginebra; 2007
55. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, 2016. WHO/RHR/16.12. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/

56. Tapia J. Neonatología. Tercera edición. Buenos aires: mediterraneo; 2011
57. Banco Interamericano de Desarrollo. A mala calidad de la atención de salud mata. Gente saludable; 2018
58. Fernández S, Rizo JN. La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico-CONAMED. 2018, 23(1);. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/736/0>
59. Lazo O, Santibáñez A. Calidad de la atención de salud: Desafíos; 2018. Colegio Médico del Perú.
-
60. Williams B. Patient satisfaction: ¿a valid concept? Social Science & Medicine 1994; 38. [Links]

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Tipo de variable	Instrumento
Características epidemiológicas de las muertes maternas	Comportamiento de las muertes maternas en una población específica.	Muertes maternas en tiempo, espacio y persona	Tiempo	Tendencia	Años 2010- 2017	<i>Cuantitativa Numérica</i>	Guía de revisión documental/ Lista de cotejo
			Persona	Edad	Edad en años	<i>Cuantitativa Numérica</i>	
				Número de hijos	0 1-3- 4-6 7-9 Sin dato	<i>Cuantitativa Numérica</i>	
				Momento del fallecimiento	Gestación Parto Puerperio Aborto	<i>Cualitativa Nominal</i>	
				Clasificación de la muerte	Directa Indirecta	<i>Cualitativa Nominal</i>	
				Causa de muerte	Hemorragias Pre eclampsia Diabetes Otros	<i>Cualitativa Nominal</i>	
			Espacio	Procedencia	Jaén San Ignacio Otro	<i>Cualitativa Nominal</i>	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Tipo de variable	Instrumento
Calidad de la atención prenatal desde la opinión de la usuaria (gestante)	Consiste en proporcionar un atención prenatal que se adapta a lo que los usuarios esperan y es capaz de satisfacer sus necesidades	Comprende tres dimensiones o categorías: Técnica, entorno y Humana.	Entorno	Señalización	De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo	Cualitativo Nominal	Guía de entrevista
				Ambientes			
				Privacidad			
				Mobiliario			
			Técnica	Insumos y equipos	De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo	Cualitativo Nominal	Guía de entrevista
				Capacidad profesional			
				Información sobre APN			
				Tiempo de espera			
			Humana	Trato	De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo	Cualitativo Nominal	Guía de entrevista
				Escucha			
				Disposición a ayudar			
				Atención personalizada			
	Participación de la familia en el autocuidado						

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Tipo de variable	Instrumento
Calidad de la atención prenatal desde la opinión del usuario interno (Profesional de obstetricia)	Consiste en proporcionar un atención prenatal que se adapta a lo que los usuarios internos esperan y es capaz de satisfacer sus necesidades	Las dimensiones o categorías que ayudan a estudiar la calidad de atención desde la opinión del usuario interno son: la dimensión técnica, humana, elementos tangibles, y satisfacción de las necesidades y expectativas	Técnica	Manual de procedimientos	Siempre A veces Nunca	Cualitativo Nominal	Guía de entrevista
				Auditoria			
			Elementos tangibles	Disponibilidad de equipos			
				Estado de equipos y materiales			
				Disponibilidad de medicamentos y pruebas diagnósticas			
				Tiempo de espera			
			Humana	Trato			
				Escucha			
				Disposición a ayudar			
				Atención personalizada			
			Necesidades y expectativas	Participación de la familia en el autocuidado			
				Oportunidades de capacitación			
				Oportunidades de ascenso			
Supervisión							
Salario							
	Distribución de responsabilidades						

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Tipo de variable	Instrumento
Datos sociodemográficos de las gestantes	Indicadores que describen el estatus social y personal de las gestantes	Estudia a las gestantes en términos de: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, institución donde se atiende, posee un seguro de salud.	No aplica	Edad	Edad en años	Cuantitativo razón	Guía de entrevista
				Estado civil	Urbana Peri urbana Rural	Cualitativo Nominal	
				Grado de instrucción	Sin instrucción Primario Secundario Superior	Cualitativo Nominal	
				Ocupación	Su casa Estudiante Comerciante otro	Cualitativo Nominal	
				Seguro de salud	Si No	Cualitativo Nominal	
				Institución donde se atiende	Minsa Privado Otro	Cualitativo Nominal	
Datos sociodemográficos de los usuarios internos (profesionales de obstetricia)	Indicadores que describen el estatus social y personal del personal de obstetricia	Estudia a los profesionales de obstetricia en términos de: edad, sexo, experiencia laboral, cargo que ocupa y si tiene especialidad .	Ni aplica	Edad	Edad en años	Cuantitativo razón	Cuestionario
				Sexo	Masculino Femenino	Cualitativo Nominal	
				Experiencia laboral	De 1 a 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años Más de 15 años	Cuantitativo Razón	
				Cargo que ocupa	Asistencial Directivo y asistencial	Cualitativo Nominal	
				Tiene especialidad	Si No	Cualitativo Nominal	

Anexo 2

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA DE USUARIOS EXTERNOS

Tamaño de la Muestra

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot pq}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot pq}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra.

N: Número total de gestantes (2050 Programadas 2015).

Z: Nivel de confianza. (95% = 1,96)

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.

q: 1 - p Proporción de población de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas características.

E2: Error muestral.

Z = 95% = 1.96

p = 0.5

q = (1 - p) = 0.5

E = 5%

$$\frac{(1.96)^2 (2050) (0, 25)}{(0.05)^2 (2050) + (1.96)^2 (0.25)}$$

$$n = 325$$

Ajustando:

$$n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

N= 275

Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Escuela de Posgrado
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SEDE JAEN

CARACTERIZACIÓN DE LA MUERTE MATERNA: 2010-2017
GUÍA DE REVISIÓN DOCUMENTAL

Este instrumento registrará los datos encontrados en los informe de muerte materna del periodo 2010-2017 en el HGJ.

Edad _____ (años):	Año: _____
Procedencia:	
Paridad: _____	
Momento del fallecimiento:	
Gestación <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>	
Control Pre natal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin dato <input type="checkbox"/>	
Número controles: _____	
Edad gestacional	
1 11 21 31	
2 12 22 32	
3 13 23 33	
4 14 24 34	
5 15 25 35	
6 16 26 36	
7 17 27 37	
8 18 28 38	
9 19 29 39	
10 20 30 40	
41	
Clasificación de la muerte:	
Directa <input type="checkbox"/> Indirecta <input type="checkbox"/>	
Causa básica del fallecimiento: _____	

Anexo 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

SEDE JAEN

Cuestionario al usuario interno para el estudio sobre calidad de la atención prenatal en el Hospital General de Jaén

Instrucciones: Por favor, dedique unos minutos a responder el cuestionario, la información obtenida servirá para conocer la calidad de la atención prenatal en el HGJ. Sus respuestas serán tratadas de forma CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA, y los datos procesados de manera acumulada.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

01. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? _____

02. Sexo

a) Masculino

b) Femenino

03. Experiencia laboral

a) Menos de 6 meses

b) De 6 a 11 meses

c) De 12 meses a 5 años

d) De 6 a 10 años

e) De 11 a 15 años

f) De 16 a +

04. Categoría laboral

a) Asistencial

b) Directivo y asistencial

05. ¿Es especialista?

a) Sí

b) No

II. DATOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

A) ESTRUCTURA/ELEMENTOS TANGIBLES

01.-¿Existe disponibilidad de medicamentos e insumos de laboratorio para la APN?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

02.-¿ Los equipos que cuenta para la realización de la APN se encuentran operativos ?

a) Siempre

b) A veces

c) Nunca

03.-¿El mobiliario utilizado en la APN se encuentran en buenas condiciones?

a) Siempre

- b) A veces
- c) Nunca

04.- ¿Considera que el tiempo de espera para la atención prenatal es adecuado?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

B) ASPÉCTOS TÉCNICOS

05.-¿Cuenta con manual de procedimientos para la atención de la gestante?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

06.- Conoce el contenido del Manual de normas y procedimientos para la atención a la gestante:

- a) SI
- b) NO
- c) parcialmente

07.- Considera que la toma de decisiones en la atención prenatal es acorde a los protocolos y norma técnica:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

08.-¿ Considera que el llenado de la historia clínica perinatal básica es de calidad?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

C) NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

09.- Recibe reconocimiento (felicitaciones, diplomas, incentivos...) por parte del establecimiento de salud por los logros alcanzados en su servicio:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

10.- ¿En su establecimiento de salud tiene oportunidad de ascenso?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

11.- ¿Recibe supervisión que le ayuda a mejorar su desempeño?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

12.- El salario que percibe lo considera digno:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 5



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA DE POSGRADO
SEDE JAEN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Guía de entrevista a la usuaria externa para el estudio sobre calidad de la atención prenatal en el Hospital General de Jaén

Instrucciones: Por favor, dedique unos minutos a contestar la entrevista, la información obtenida servirá para conocer la calidad de la atención prenatal. Sus respuestas serán tratadas de forma CONFIDENCIAL Y ANÓNIMA

I. DATOS GENERALES

Fecha:

Día Mes Año

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?.....

2. ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Casada 3) Unión libre
2) Soltera 4) Divorciada 5) Separada

3. ¿Qué grado de escolaridad tiene?

- 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Superior

4. ¿Cuál es su ocupación?.....

5. Tiene algún tipo de seguro de salud

- 1) SIS
2) ESSALUD
3) Seguro Privado
4) Ninguno

II. DATOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

01.- ¿Es fácil ubicar el consultorio de atención prenatal?

- b) De acuerdo
c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
d) Muy en desacuerdo

02.- ¿Los ambientes están señalizados?

- a) De acuerdo
b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
c) Muy en desacuerdo

03.- ¿El mobiliario para la espera son cómodos y están en buen estado?:

- a) De acuerdo
b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
c) Muy en desacuerdo

04.- ¿Cuidan su privacidad en la consulta?

- a) De acuerdo
b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
c) Muy en desacuerdo

05.- ¿Los ambientes están limpios y ordenados?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

06.-¿Existen recursos para las pruebas diagnósticas, medicamentos, insumos, equipos necesarios para asegurar una buena gestación?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

07.-¿Considera que el profesional que le atiende está capacitado para realizar la atención prenatal?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

8.¿El profesional que le brinda la atención prenatal es atento y amable?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

9.- ¿Desde la primera consulta o control de la gestación se preocupan por incluir a su familia más cercana en su autocuidado?:

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

10.-Considera que le brindan atención personalizada:

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

11. El profesional le motiva a identificar signos de alarma?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

12.¿Durante la atención prenatal le informaron las posibles complicaciones durante el embarazo?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

13.¿En cada cita de control esperó más de 30 minutos para ser atendida?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

14.¿El profesional está dispuesto a ayudarlo?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

15.¿Le explicaron la importancia del control prenatal?

- a) De acuerdo
- b) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- c) Muy en desacuerdo

Pregunta adicional

16.¿En términos generales como califica la atención recibida en el control prenatal?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

GRACIAS

Anexo 6

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

TABLA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

ENTREVISTA A LA USUARIA EXTERNA SOBRE CALIDAD DEL CONTROL
PRENATAL

Ítem	N ^a de Juez					P
	1	2	3	4	5	
1	1	0	1	1	1	0.065
2	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	0.001
6	1	1	1	1	1	0.001
7	1	0	1	1	1	0.065
8	1	1	1	1	1	0.001
9	1	1	1	1	1	0.001
10	1	1	1	1	1	0.001
11	1	1	1	1	1	0.001
12	1	1	1	1	1	0.001
13	1	1	1	1	1	0.001
14	1	1	1	1	1	0.001
15	1	1	0	1	1	0.065

Si p es < 0.05 la concordancia es significativa

Correcta: SI NO

Se observa que existe una concordancia entre expertos.

TABLA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ENTREVISTA AL USUARIO INTERNO SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Ítem	N ^a de Juez					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	0.001
6	1	1	1	1	1	0.001
7	1	1	1	1	1	0.001
8	1	1	1	1	1	0.001
9	1	1	1	1	1	0.001
10	1	1	1	1	1	0.001
11	1	1	1	1	1	0.001
12	1	1	1	1	1	0.001

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

Correcto: SI NO

Se observa que existe una concordancia entre expertos.

Anexo 7

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

K = Número de ítems

$\sum S^2_i$ = Sumatoria de las varianzas por ítems

S^2_t = Varianza total

Entrevista:

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	15	100,0

Fuente: prueba Piloto

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,82	15

Cuestionario

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,76	12

Anexo 8
Consentimiento Informado

Yo

.....
....., en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación “**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN 2010-2017 Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL**”, realizada por el Sr. SIMON ENVER ESTRELLA ISARRA estudiante de La Maestría en Salud Pública, de la UNC,

Los datos que brinde serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación.

Firma del paciente

Firma del investigador

Anexo 9
DATOS ESTADÍSTICOS

Cuadro 1. Características Socio demográficos de las usuarias externas. Hospital General Jaén.

Características socio demográficas	n° (275)	% (100)
1. Grupo de Edad		
16 a 21 años	94	34,1
22 a 27 años	90	32,9
28 a 33 años	74	26,8
34 a 39 años	17	6,1
2. Estado Civil		
Casada	27	9,8
Soltera	13	4,9
Unión libre	228	82,9
Separada	7	2,4
2. Grado de instrucción		
Ninguna	3	1,2
Primaria	40	14,6
Secundaria	151	54,9
Técnico	61	22,0
Universitaria	20	7,3
3. Ocupación		
Su casa	201	73,2
Estudiante	28	9,8
Comerciante	23	8,5
Seguro de salud	23	8,5
4. Seguro de Salud		
SIS	275	100,0
5. Institución que se atiende con frecuencia		
Minsa	264	96,3
Privado	11	3,7

Fuente: Entrevista aplicada a gestantes en el Hospital General Jaén,

Cuadro 2. Características Socio demográficos de los usuarios internos. Hospital General Jaén

Características socio demográficas	Nº (19)	% (100,0)
1. Grupo de Edad		
< de 25 años	1	5,3
de 25 a 40 años	18	94,7
2. Sexo		
Masculino	1	5,3
Femenino	18	94,7
3. Experiencia laboral		
De 1 a 5 años	13	68,4
De 6 a 10 años	5	26,3
De 11 a 15 años	1	5,3
4. Cargo que ocupa		
Asistencial	18	94,7
Directivo y Asistencial	1	5,3
5. Especialidad		
Si	2	10,5
No	17	89,5

Fuente: Cuestionario de Opinión aplicada a trabajadores en el Hospital General Jaén

Cuadro 3. Razón de mortalidad materna en el Hospital General de Jaén, período 2010-2017

Años	Defunciones*	Nacidos vivos**	Razón por 100 000 nacidos vivos
2010	2	1836	108,93
2011	1	1634	61,19
2012	2	1619	123,53
2013	2	1929	103,68
2014	2	1828	109,4
2015	4	1886	212,08
2016	2	1927	103,78
2017	4	2032	196,85
Total	19		

Fuente. *Oficina de Epidemiología del Hospital General de Jaén

**Oficina de Estadística del Hospital General de Jaén

Cuadro 4. Promedio de edad de las muertes maternas periodo 2010-2017

Nº	Edad en años	Nº	Edad en años
1	15 años	11	30 años
2	19 años	12	32 años
3	20 años	13	36 años
4	24 años	14	35 años
5	25 años	15	36 años
6	27 años	16	35 años
7	28 años	17	39 años
8	29 años	18	37 años
9	27 años	19	41 años
10	34 años		

Años promedio de las mujeres fallecidas: 29,9 años

Edad mínima: 15 años

Edad Máxima: 41

Cuadro 5. Muertes maternas según procedencia

Procedencia *	N°	%
San Ignacio	04	21,0
Jaén (Fila alta (06), Shumba (03) San José del alto (01), Jaén (02))	12	63,2
Cutervo	03	15,8
Total	19	100,0

** Residencia permanente de la fallecida

Cuadro 6. Nivel de calidad de atención prenatal por dimensiones según la opinión del usuario externa

Dimensión	Buena		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Entono	226	82,2	36	13,1	13	4,7	275	100,0
Técnica	176	64,0	81	29,5	18	6,5	275	100,0
Humana	188	68,4	86	31,2	1	0,4	275	100,0

Cuadro 7. Nivel de calidad de atención prenatal por dimensiones según la opinión del usuario externa

Dimensión	Buena		Regular		Malo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Técnica	16	84,2	2	10,5	1	5,3	19	100,0
Elementos tangibles	11	57,9	7	36,8	1	5,3	19	100,0
Necesidades y expectativas	10	52,6	6	31,6	3	15,8	19	100,0

Fórmula de Es taninos para calidad de la atención prenatal (usuario interno)

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$b = X + 0,75(DS)$$

$$a = 14,58 - 0,75(2,931)$$

$$b = 22,58 + 0,75(2,931)$$

$$a = 14,58 - 2,19825$$

$$b = 22,58 + 2,19825$$

$$a = 12,38175$$

$$b = 24,77825$$

$$\text{Calidad mala} = 0 - 12$$

$$\text{Calidad regular} = 13 - 18$$

$$\text{Calidad buena} = 19 - 24$$

Fórmula de Es taninos para control prenatal (usuario externo)

Usuario externo

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$b = X + 0,75(DS)$$

$$a = 17,89 - 0,75(2,755)$$

$$b = 29,89 + 0,75(2,755)$$

$$a = 17,89 - 2,06625$$

$$b = 29,89 + 2,06625$$

$$a = 15,82375$$

$$b = 30,94625$$

$$\text{Calidad mala} = 0 - 15$$

$$\text{Calidad regular} = 16 - 22$$

$$\text{Calidad buena} = 23 - 30$$

Anexo 10

MAPAS DEL CONTEXTO



Mapa del departamento de
Cajamarca



Mapa de la provincia de Jaén