

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Calidad de atención y continuidad a la asistencia
al programa de salud sexual reproductiva: Puesto
de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote 2017**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestro en Obstetricia con
mención en Género, Interculturalidad y Calidad de Atención

Autora:

Sagástegui Huamán, Ana María

Asesor:

Dr. Tello Cabrera, Celestino

Chimbote-Perú

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN

DEDICATORIA

Con todo cariño y respeto a mis padres

Maruja e Ismael

por su confianza y apoyo, sobre todo por ese gran esfuerzo para orientarme y guiarme hacia la culminación de mi anhelada meta.

A mí querido hijo: Fernando Ismael

por sus momentos en que no estuve a su lado, cuando tanto me necesitabas .

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres. Hermanos
y coasesor de tesis profesor,
Obst. Mg. Víctor Joel Sánchez Romero,
que con esfuerzo y sacrificio han contribuido
para obtener mi grado de maestría.

Al cuerpo Directivo del Puesto de Salud
Nicolás Garatea, en especial a quienes
conforman el Servicio de Obstetricia, por su
valioso apoyo para la realización de la
presente investigación, en bien de la
población femenina de Nuevo Chimbote.

A todas aquellas personas y mujeres
anónimas por su valiosa contribución en el
desarrollo del presente estudio.

DERECHOS DE AUTORÍA Y DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, Sagástegui Huamán Ana María, con Documento de Identidad N° 33263592, autora de la tesis titulada “Calidad de atención y continuidad a la asistencia al programa de salud sexual reproductiva: Puesto de Salud Nicolás Garatea-Nuevo Chimbote 2017” y a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro, declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría. Por lo cual otorgo a la Universidad San Pedro la facultad de comunicar, divulgar, publicar y reproducir parcial o totalmente la tesis en soportes analógicos o digitales, debiendo indicar que la autoría o creación de la tesis corresponde a mi persona.
2. He respetado las normas internacionales de cita y referencias para las fuentes consultadas, establecidas por la Universidad San Pedro, respetando de esa manera los derechos de autor.
3. La presente tesis no ha sido publicada ni presentada con anterioridad para obtener grado académico título profesional alguno.
4. Los datos presentados en los resultados son reales; no fueron falseados, duplicados ni copiados; por tanto, los resultados que se exponen en la presente tesis se constituirán en aportes teóricos y prácticos a la realidad investigada.
5. En tal sentido de identificarse fraude plagio, auto plagio, piratería o falsificación asumo la responsabilidad y las consecuencias que de mi accionar deviene, sometiéndome a las disposiciones contenidas en las normas académicas de la Universidad San Pedro.

Chimbote, abril 26 de 2019.

ÍNDICE

Tema	Página
Carátula	i
Acta de sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Derechos de autoría y declaración de autenticidad	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Palabras clave	ix
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	7
3. Problema	8
4. Conceptuación y operacionalización de las variables	9
5. Hipótesis	10
6. Objetivos	10
METODOLOGÍA	
1. Tipo y diseño de investigación	12
2. Población y muestra	12
3. Técnicas e instrumentos de investigación	14
4. Procesamiento y análisis de la información	16
RESULTADOS	17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS Y APÉNDICES	
Anexo 1. Instrumento de recolección de la información	35
Anexo 2. Consentimiento informado	38

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1 Asociación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en 17 mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 2 Asociación entre trato recibido y continuidad de asistencia en 18 mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 3 Asociación entre información recibida y continuidad de asistencia en 19 mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 4 Asociación entre tiempo de espera y continuidad de asistencia en 20 mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 5 Asociación entre interés y continuidad de asistencia en mujeres 21 atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 6 Asociación entre comodidad y continuidad de asistencia en mujeres 22 atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 7 Asociación entre privacidad y continuidad de asistencia en mujeres 23 atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.
- Tabla 8 Asociación entre seguridad y continuidad de asistencia en mujeres 24 atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

PALABRAS CLAVE

Calidad de atención, continuidad de uso, salud sexual y reproductiva.

KEYWORDS

Quality of care, continuity of use, sexual and reproductive health.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Área : Ciencias Médicas y de Salud

Sub área : Ciencias de la Salud

Disciplina : Salud Pública

Línea de Investigación: Salud Sexual y Reproductiva de la mujer, familia y comunidad

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017. Investigación básica, de nivel relacional y diseño no experimental transeccional correlacional/causal, con muestreo probabilístico aleatorio simple. Se empleó la técnica de la encuesta junto con la revisión documental, durante el periodo mayo a julio del año 2017 se encuestó a 197 usuarias de los servicios de planificación familiar y atención prenatal del Puesto de Salud Nicolás Garatea y durante el mes de agosto del mismo año se verificó en las historias clínicas la asistencia a las citas programadas. Para el análisis estadístico se usó Chi cuadrado con un nivel de significación de $p < 0.05$. Se halló asociación altamente significativa entre la calidad de atención y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.000$). También existe relación entre trato recibido ($p = 0.000$), información recibida ($p = 0.000$), tiempo de espera ($p = 0.005$), interés ($p = 0.000$), Comodidad ($p = 0.018$), privacidad ($p = 0.001$), seguridad ($p = 0.027$) y continuidad de asistencia.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between quality of care and continuity of care in women served in the Sexual and Reproductive Health Program of the Nicolás Garatea Health Post, 2017. Basic research, relational level and non-experimental correlational / causal transectional design, with simple random probabilistic sampling. The survey technique was used together with the documentary review, during the period from May to July of the year 2017, 197 users of family planning and prenatal care services of the Nicolás Garatea Health Post were surveyed and during the month of August of the same The attendance at scheduled appointments was verified in the medical records. For the statistical analysis, Chi square with a level of significance of $p < 0.05$ was used. A highly significant association was found between the quality of care and the continuity of assistance to the Sexual and Reproductive Health Program ($p = 0.000$). There is also a relationship between treatment received ($p = 0.000$), information received ($p = 0.000$), waiting time ($p = 0.005$), interest ($p = 0.000$), comfort ($p = 0.018$), privacy ($p = 0.001$), safety ($p = 0.027$) and continuity of assistance.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación teórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que la calidad de atención incluye un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos, con un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos, acompañado de alto nivel de excelencia profesional y uso eficiente de los recursos de las instituciones. En ese sentido, la calidad implica tener competencias técnicas, respeto por el paciente y familia, inmediatez, usar el vocabulario correcto y que el paciente tenga confianza en el servicio que se les brinda, además es mejorar siempre con una preocupación constante por la innovación (Bravo, 2011). Sin embargo, la realidad nos muestra que millones de mujeres no tienen acceso a servicios de buena calidad durante la atención en el área de salud sexual y reproductiva, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que viven en áreas rurales (Torres, 2012). En Latinoamérica, un ejemplo lo constituyen los servicios de atención materna, donde menos de la mitad de las mujeres reciben atención especializada de calidad durante el embarazo, parto y puerperio (Chambe, 2013).

El Modelo de Deficiencias, propone que la calidad de servicio es una situación de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la organización (Mendoza, 2012). En ese sentido y siendo la calidad una apreciación subjetiva, se puede precisar que la calidad de servicio es la percepción del usuario sobre tal servicio. Es una fijación mental del usuario que asume conformidad con un servicio determinado, que solo permanece hasta el punto de necesitar nuevas especificaciones. Esto ha conllevado a la evolución del concepto de calidad hasta convertirse es una forma de gestión que introduce el concepto de mejora continua en cualquier organización y a todos los niveles de la misma, que afectad a todas las personas y a todos los procesos (Vilca y Carbajal, 2015).

Desde tales punto de vista, los servicios son un conjunto de actividades que determinan comportamientos orientados a satisfacer al usuario en relación con sus intereses, expectativas y necesidades que originan un serie de procesos para satisfacer tales situaciones (Avellones y Jiménez, 2016). Dentro de los procesos que integran la calidad de los servicios de salud en el Ministerio de Salud del país (MINSA) y que permiten establecer la satisfacción con los mismos, se tienen los elementos tangibles, fiabilidad, capacidad, seguridad y empatía, denominados Modelo SERVQUAL (Flores, 2015; Castillo, 2005) . Sobre este punto, en los último años se observó un incremento de insatisfacción en los usuarios de los servicios de salud por encima de los límites establecidos por los organismos gubernamentales, siendo el tiempo de espera, el trato del personal de salud y la falta de recursos humanos, los elementos que mayor relación guardan con la percepción de la calidad de los usuarios (MINSA, 2014). Esta percepción de una baja o deficiente calidad de atención conlleva a los usuarios preferir las consultas con los médicos naturistas, chamanes y otros, teniendo como consecuencia el indicador de mortalidad por la deficiente atención (Cuba, Jurado y Estrella, 2010).

Específicamente, los programas de Salud Sexual y Reproductiva deben ofrecer servicios preventivos, interventivos y recuperativos de salud que mejoren significativamente la salud de las mujeres, sus hijos y familia. Sin embargo, en los países en desarrollo, como el caso de Perú, dichos programas frecuentemente son mal implementados y las visitas a los servicios de salud pueden darse de manera irregular, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres (Chakraborty et al, 2008). En el caso peruano, el Ministerio de Salud implementó una serie de estrategias dirigidas a mejorar las coberturas del sistema de salud, entre ellos los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo que el usuario reciba una atención holística y diferenciada; sin embargo, las mejoras realizadas para mitigar los problemas de salud de la mujer y su familia, son percibidas por la población como insuficientes o como servicios de pobre calidad, dado que no se logra cubrir todas sus expectativas (MINSA, 2013).

Es reconocido que, a diferencia de la satisfacción de los usuarios, que es una medida a corto plazo, específica de las transacciones; la calidad de los servicios es una actitud a largo plazo debido a una evaluación global, de un desempeño (Llanto y Condori, 2014). En ese sentido, medir la percepción de la calidad de un servicio constituye una tarea necesaria para detectar las deficiencias en las distintas dimensiones de la calidad, como son el trato e información recibida, el interés en los problemas de salud del usuario mostrado por el personal de salud, el tiempo de espera y seguridad, la comodidad y privacidad (Flores, 2015). En la actualidad, la calidad de la atención se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia en los servicios de salud, sobre todo de Salud Sexual y Reproductiva, dirigidos a la atención de mujeres en etapas muy susceptibles de su vida, población en ambos extremos de la vida, población masculina, así como a personas con diferentes identidades y orientaciones sexuales. Justamente, esta variedad de características personales y por ende anhelos distinto, lleva a los servicios de salud a su límite, donde muchas veces la calidad percibida llega a ser crítica, generando insatisfacción del usuario uno de los principales indicadores de calidad con el consecuente alejamiento de los servicios de salud (MINSa, 2013). Al respecto, en el Perú se reporta un nivel de satisfacción promedio con los servicios de consulta externa en Hospitales nacionales, en el siguiente orden: infraestructura (95.6%), personal (91.6%) y servicio (87.4%) (MINSa, 2014).

Es evidente que, la calidad percibida sobre los servicios de salud afectaría la regularidad de la continuidad a la asistencia a tales servicios. Siendo un indicador importante de la calidad y la satisfacción, así como la base para la mejora continua de los servicios de salud (Chakraborty et al, 2008; Cuba et al, 2010; MINSa, 2014). Sin embargo, el estudio de la continuidad de uso es aun insipiente con un escaso desarrollo en las explicaciones de sus causas y factores asociados, tanto desde la óptica del personal de salud, como de los usuarios de los servicios (Vázquez y Vargas, 2010). Se entiende por continuidad a la percepción del paciente respecto a la unión de las expectativas en la atención recibida a lo largo del tiempo de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades y contexto personal, la cual debe ser

periódica y completa con una adecuada detección del caso y seguimiento oportuno (Reid , Haggerty y Mckendry, 2012). La continuidad tiene diferentes dimensiones y elementos a medir. Generalmente los índices y medidas se basan en el tiempo, en la transferencia de información. Para analizar todo el espectro de la continuidad, se utilizan todas las dimensiones (información y relación). Cuando el paciente percibe que la atención está integrada, concluimos que se logra la continuidad a la asistencia (Terraza, 2008).

La literatura a menudo menciona que en la medida que los sistemas de salud provean continuidad a la asistencia, existe un impacto positivo sobre la calidad de vida, el nivel de salud, los costos sanitarios asociados a la sobre utilización de servicios, así como otros indicadores relacionados a satisfacción y mortalidad (Starfield, 2010). En ese marco, la continuidad a la asistencia es la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin producción de conflictos. Así, cuando la continuidad alcanza su grado máximo, se considera la atención integrada (Ovretveit, 2002; Terraza, 2009). A veces, la continuidad a la asistencia se logra asegurándose de que las usuarias visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente. Su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención (Lorenz, Mauksch y Gawinsk, 2008).

Como se señaló, la evidencia de la relación entre la calidad y la continuidad de uso de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva es por poco nula, se evidencia estudios en otras áreas de la medicina y ciencias de la salud. Renata (2016) dio a conocer que la insuficiente coordinación entre proveedores promueve la pérdida de la continuidad y consecuentemente el no alcance de los objetivos propuestos por el servicio de salud. Recomienda una mejor conexión de los niveles, a través del traspaso de información más efectivo entre los servicios, posibilitando

establecer objetivos comunes y un plan unificado entre los distintos profesionales implicados en la atención (Renata, 2016). Un estudio peruano, permitió identificar las dimensiones que generan mayor satisfacción con la calidad de los servicios de planificación familiar, siendo la fiabilidad, seguridad, empatía y aspectos tangibles con relación a la infraestructura (Enrique, 2016). En esa misma línea, Ríos (2012) identificó el tiempo de espera prolongado como un indicador de mala calidad, pues acorta el tiempo de atención de los usuarios, lo que afecta la percepción sobre la calidad del examen físico, entrevista y aclaración de dudas. Sin embargo, las dimensiones con mejores resultados estuvieron ligados al trato recibido, con respeto y discreción hacia el paciente, así como la privacidad y la atención ante la solicitud del usuario.

Respecto a la calidad de los servicios de salud Obstétricos, Vicuña (2002), identifica altos niveles de satisfacción con la calidad de atención en las mujeres, por el contrario, esta percepción es menor en los familiares de las usuarias. La proporción de usuarios que calificó el servicio de excelente (24,7%) se ubicó por encima de los estándares Servqual. Las pacientes se quejaron más frecuentemente por los largos tiempos de espera, la falta de calidez en el trato y deficiencias en el confort. En tanto, Lazo-León (2012), al estudiar la calidad de los servicios de psicoprofilaxis obstétrica identificó niveles altos de satisfacción sobre la calidad del ambiente e infraestructura, las acciones del programa, el trato recibido, el respeto a la privacidad de la usuaria y la comodidad o confort de las usuarias.

En cuanto al estudio de las dimensiones de la calidad, se identificó dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes que podrían afectar la continuidad de uso de los servicios de salud, son la técnica de atención y la parte interpersonal. La técnica, se refiere a la aplicación de conocimientos y procedimientos para la solución de problemas del paciente, que busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible; y la parte interpersonal, hace referencia a la relación personal de salud paciente, que depende de varios elementos: la relación de la calidad de comunicación, la habilidad del personal de salud para

conversar con los pacientes y la habilidad de tratar a sus pacientes con empatía, honestidad, tacto y sensibilidades lo que se ha dado en llamar la calidez de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción(García, 2011). En todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar. Los mecanismos de seguimiento al cliente en los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al Servicio de Salud. (Cabarcas y Montes, 2012).

Por otro lado, también se pueden incluir otras dimensiones en esta relación:

- a) servicio correcto, que se refiere a la producción en los pacientes de un beneficio neto, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, guiado por las preferencias de los pacientes, quienes han sido informados ampliamente acerca de los posibles riesgos y beneficios;
- b) momento oportuno significa que los servicios se proveen de acuerdo con la evidencia científica en lo referido al tiempo en que se deben proporcionar, tomando en cuenta que los servicios efectivos se brindan sin largas esperas y los casos urgentes reciben atención sin demora;
- c) proveedor adecuado, se refiere que los proveedores deben ser experimentados y competentes, de manera que éstos tienen las suficientes destrezas técnicas para atender a los pacientes; y
- d) lugar adecuado indica donde debe darse la atención de salud; los servicios altamente especializados se ofrecen en hospitales regionales y docentes, mientras la atención más rutinaria se brinda en hospitales locales (Cuba y Jurado, 2012).

Lo señalado anteriormente resalta la importancia del estudio de la calidad de atención, así como la continuidad de uso de los servicios de salud, sin embargo, también se pone en evidencia la necesidad de identificar la relación que existe entre ambas variables, para así poder identificar las dimensiones decisivas en el mantenimiento de la continuidad de la asistencia a los Servicios de Salud Sexual y

Reproductiva, como estrategia de mejora continua de la salud materna y reproductiva. Además, siendo el Puesto de Salud Nicolás Garatea, un servicio que desarrolla atención en Salud Sexual y Reproductiva a una importante población femenina, que presenta irregularidad en su asistencia, lo cual dificulta el cumplimiento de las metas con este grupo poblacional. Además, es evidente la necesidad de mantener adecuados elementos tangibles en el servicio de salud y establecer buenas relaciones interpersonales entre el personal de salud y los usuarios, como estrategia para asegurar la continuidad en la asistencia, sumándole un contacto periódico entre el proveedor de servicios y la persona. Dicha relación, sustenta su cuidado largo plazo en la medida que los equipos o servicios se mantienen permanentemente comunicados con el usuario, incluso en distintos lugares. Es así que, para lograr la continuidad a la asistencia en los servicios de salud, incluidos los de Salud Sexual y Reproductiva los investigadores proponen hacer una conducción periódica de entrevistas de salida con los pacientes en el momento que abandonan la institución, las pacientes transferidas o referidas a servicios externos y las pacientes potenciales que jamás acudieron a la institución. Tales acciones en la continuidad a la asistencia deben integrarse en el marco de una amplia red de servicios, siendo la continuidad una característica fundamental del funcionamiento de ella y en donde el principal desafío es el desarrollo de estrategias que la faciliten para mejorar los resultados sobre la atención de las personas y asegurar la calidad de la atención percibida (Haggerty et al, 2005).

2. Justificación de la investigación

En general, el presente estudio permitirá optimizar los procesos de atención del Puesto de Salud Nicolás Garatea, dado que los resultados son de gran ayuda para solucionar no conformidades, así como prevenirlas, también resolver más efectivamente los problemas y necesidades de las usuarias y por consiguiente estandarizar y mejorar la calidad de los servicios desarrollados en tal servicio de salud.

Desde un punto de vista teórico, la investigación se justifica dado que se orienta a estudiar y analizar un problema donde interviene la relación de dos variables que son muy importantes en la calidad de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, donde los recursos materiales y el talento humano cumplen un rol preponderante para el logro de los fines y objetivos de tales servicios de salud. En ese sentido, el estudio permitirá obtener nuevos conocimientos respecto de la relación entre la percepción de calidad de atención y la continuidad de asistencia a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, desde una visión general y otra específica a partir de sus dimensiones internas.

Así mismo, el estudio reconoce la importancia de la calidad de servicio como uno de los elementos esenciales que toda organización debe tener en cuenta en el desarrollo de sus objetivos y así lograr satisfacer las demandas de sus usuarios. Para tal fin, los servicios de salud, en el marco de la mejora continua, necesitan de información confiable obtenida de quienes reciben atención en sus distintas áreas. En ese sentido, el presente estudio se justifica por la implicancia práctica de los resultados, los cuales puede contribuir en tener información importante sobre la calidad de servicio y su relación con la continuidad en la asistencia de las usuarias atendidos en los servicios de planificación familiar y atención prenatal, para la posterior toma de decisiones y desarrollo de alternativas de mejora institucional.

Finalmente, el aporte metodológico del estudio radica en la estandarización del instrumento de medición de la calidad percibida, mediante la obtención de baremos para la población específica de la provincia.

3. Problema

¿Existe relación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

Calidad de atención: Es la percepción del usuario sobre un servicio de salud, es una fijación mental del usuario que asume conformidad con un servicio determinado, que solo permanece hasta el punto de necesitar nuevas especificaciones, integrado por procesos que permiten establecer la satisfacción con los mismos, se tienen los elementos tangibles, confiabilidad, respuesta, seguridad y empatía, denominados Modelo SERVQUAL (Castillo, 2005; Flores, 2015; Vilca y Carbajal, 2015).

Continuidad de asistencia: Es aquella usuaria que acude en forma continua a sus citas programadas en el servicio de salud sexual y reproductiva de acuerdo a lo establecido en las normas del ministerio de salud (MINSA, 2013).

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Calidad de atención recibida	Trato Recibido	• Forma de saludar	Ordinal
		• Mantiene relaciones amicales	
		• Disponibilidad para ser escuchado	
		• Forma de despedirse	
	Información	• Lenguaje adecuado	
		• Orientación completa	
		• Satisfacción de la información recibida	
	Tiempo de Espera	• Espera para recibir la atención	
		• Tiempo de atención directa	
	Interés	• Muestra interés real por el paciente	
		• Oportunidad de Atención	
		• Cumple con lo prometido	
	Comodidad	• Disposición de sentirse cómoda	
		• Disponibilidad de adecuarse a los horarios	
Privacidad	• Respeto a la individualidad		
	• Disposición a un espacio adecuado		
Seguridad	• Comportamiento confiable del Profesional		
	• Resolución de preguntas y		

		dudas	
		<ul style="list-style-type: none"> • Regreso a atenderse a este consultorio 	
Continuidad de asistencia	Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes y Presente. 	Nominal
	Tiempo oportuno	<ul style="list-style-type: none"> • Acudir en la fecha programada. 	
	Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperar la cita durante el mes. 	

5. Hipótesis

H₀: No existe relación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

H₁: Existe relación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

6. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Objetivos específicos:

1. Determinar si el trato recibido y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.
2. Determinar si la información recibida y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.
3. Determinar si el tiempo de espera y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.

4. Determinar si el interés y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.
5. Determinar si la comodidad y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.
6. Determinar si la privacidad y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.
7. Determinar si la seguridad y la continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017, se asocian.

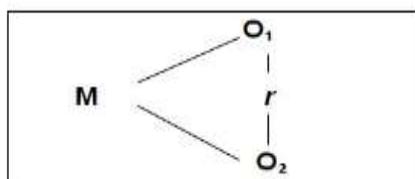
METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

Investigación básica, porque tiene como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de un problema estudiado en un nuevo contexto y desde una perspectiva de calidad (Gómez, 2003).

Por su enfoque cuantitativo y en concordancia con los objetivos propuestos la investigación es de nivel relacional (Supo, 2012), de diseño no experimental transeccional correlacional-causal, pues se busca establecer relaciones entre variables en un momento determinado, sin precisar el sentido de causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Esquema:



Dónde:

- M : Usuaris del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- O1 : Calidad de atención.
- O2 : Continuidad de asistencia.
- R : Relación entre O1 y O2.

2. Población y muestra

La población en estudio estuvo conformada por un total estimado de 400 usuarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Puesto de Salud Nicolás Garatea, 120 atendidas en control prenatal y 280 en planificación familiar, durante el periodo mayo-agosto del año 2017.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, calculada con la siguiente fórmula para cuando se conoce el tamaño de la población.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde

n: Tamaño de la muestra

p: Probabilidad de éxitos = 0.5

q: Probabilidad de fracaso = 0.5

e: Error estándar de = 0.05

z: Puntaje correspondiente a una confianza de 95 % = 1.96

N: Tamaño de la población.

Obteniéndose una muestra de 197 usuarias, seleccionándose de manera aleatoria cada uno de los sujetos de estudio. Para la conformación de la muestra se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión

- Gestante con edad \geq 18 años, atendida en el Servicio de Obstetricia por control prenatal durante el periodo de investigación.
- Mujer en edad reproductiva \geq 18 años, atendida en el Servicio de Obstetricia por planificación familiar durante el periodo de investigación
- Mujer sin dificultades para comunicarse.

Criterios de exclusión

- Usuaria que no asiste a su cita por enfermedad (complicación) u otra causa de fuerza mayor
- Mujer con dificultades para comunicarse.

Caracterización de la muestra

Variables	n	%
Edad		
< 20 años	36	18.3
20 – 40 años	136	69.0
≥ 41 años	25	12.7
Total	197	100.0
Estado conyugal		
Soltera	34	17.3
Casada	56	28.4
Conviviente	104	52.8
Total	197	100.0
Grado de Instrucción		
Primaria	26	13.2
Secundaria	109	55.3
Educación superior	62	31.5
Total	197	100.0
Ocupación		
Ama de casa	153	77.7
Trabajo remunerado	44	22.3
Total	197	100.0
Paridad		
0	29	14.7
1-4	158	80.2
>4	10	5.1
Total	197	100.0

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

La recolección de datos se realizó mediante el desarrollo de una encuesta teniendo como instrumento el cuestionario; ya que, el formulario empleado fue autodilenciado, es decir leído por el mismo individuo (Tamayo-Tamayo, 2003).

Las personas seleccionadas respondieron al cuestionario voluntariamente, libre de toda coerción, y de manera anónima; ya que, cuando las encuestas son anónimas permiten, además, mayor honestidad en las respuestas (Kerlinger y Lee, 2000). La aplicación del mismo se realizó por la autora de la investigación. También

se aplicó la revisión documental como técnica complementaria para la recolección de la información referida a la asistencia de las usuarias seleccionadas.

Para identificar los características demográficas y reproductivas de las usuarias se aplicó cuestionario, donde se preguntó la edad, estado conyugal, grado de instrucción, ocupación y paridad (Anexo 1).

Para medir la calidad de atención se utilizó una adaptación de la Escala Multidimensional Servqual, realizada por el Ministerio de Salud del Perú, y de aplicación en los establecimientos de salud a nivel nacional (Anexo 1). El instrumento se divide en siete bloques: la primera sección evalúa el trato recibido mediante una escala de 8 preguntas, la segunda sección evalúa la información recibida mediante una escala de 4 preguntas, la tercera sección evalúa el tiempo de espera mediante una escala de 2 preguntas, la cuarta sección evalúa el interés mediante una escala de 3 preguntas, la quinta sección evalúa la comodidad mediante una escala de 3 preguntas, la sexta sección evalúa la privacidad y la séptima sección evalúa la seguridad mediante una escala de 4 preguntas. Para cada escala se tienen tres respuestas con una puntuación mínima de 0 y máxima de 3 puntos. La puntuación para cada dimensión (sección) se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas por cada pregunta y para obtener la calidad total se suman las puntuaciones de cada dimensión. Como parte de la investigación para el establecimiento de los niveles y categorías de las variables se obtuvieron baremos locales, mediante el uso de percentiles (25 y 75), a partir de las medias de las puntuaciones de las participantes.

Dimensiones	Puntaje	Valor	N^a De Preguntas
Trato Recibido	≥ 9 6-8 0-5	Alta Media Baja	8
Información	≥ 7 4-6 0-3	Alta Media Baja	4
Tiempo de Espera	≥ 5 3-4	Alta Media	2

	0-2	Baja	
Interés	≥ 5	Alta	3
	3-4	Media	
	0-2	Baja	
Comodidad	≥ 9	Alta	3
	6-8	Media	
	0-5	Baja	
Privacidad	≥ 5	Alta	2
	3-4	Media	
	0-2	Baja	
Seguridad	9-12	Alta	4
	5-8	Media	
	0-4	Baja	
Calidad de atención	38-52	Alta	27
	30-37	Media	
	0-29	Baja	

Para medir la continuidad se emplearon tres preguntas referidas a los últimos seis meses: asistencia a las citas (1), asistencia oportuna a las citas (1) y recuperación de las citas perdidas en el mismo mes (1). Finalmente, para corroborar la asistencia a la última cita, se revisó las historias clínicas de las usuarias seleccionadas durante el mes de agosto del mismo año (Anexo 1).

4. Procesamiento y análisis de la información

Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para establecer las proporciones porcentuales relativas y absolutas. Finalmente, para determinar la asociación entre las variables se empleó el estadístico de prueba Chi cuadrado con un nivel de significación de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Tabla 1. Asociación entre calidad de atención y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Calidad			Total
	Alta	Media	Baja	
Regular	23 62.2%	21 17.1%	3 8.1%	47 23.9%
Irregular	14 37.8%	102 82.9%	34 91.9%	150 76.1%
Total	37 100.0%	123 100.0%	37 100.0%	197 100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 38.053 \quad p = 0.000$$

En la tabla 1 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad de atención el 62.2% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de baja calidad de atención el 91.9% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación altamente significativa entre la calidad de atención y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.01$).

Tabla 2. Asociación entre trato recibido y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Trato recibido		Total
	Alta	Media	
Regular	18 60.0%	29 17.4%	47 23.9%
Irregular	12 40.0%	138 82.6%	150 76.1%
Total	30 100.0%	167 100.0%	197 100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 25.447 \quad p = 0.000$$

En la tabla 2 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad del trato recibido el 60.0% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de media (regular) calidad del trato recibido el 82.6% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación altamente significativa entre el trato recibido y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.01$).

Tabla 3. Asociación entre información recibida y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Información recibida		Total
	Alta	Media	
Regular	23 65.7%	24 14.8%	47 23.9%
Irregular	12 34.3%	138 85.2%	150 76.1%
Total	35 100.0%	162 100.0%	197 100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 41.047 \quad p = 0.000$$

En la tabla 3 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad de la información recibida el 65.7% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de media (regular) calidad de la información recibida el 85.2% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación altamente significativa entre la información recibida y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.01$).

Tabla 4. Asociación entre tiempo de espera y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Tiempo de espera			Total
	Alta	Media	Baja	
	14	32	1	47
Regular	45.2%	21.2%	6.7%	23.9%
	17	119	14	150
Irregular	54.8%	78.8%	93.3%	76.1%
	15	151	15	197
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 10.776 \quad p = 0.005$$

En la tabla 4 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad en el tiempo de espera el 45.2% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de baja calidad en el tiempo de espera el 93.3% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación altamente significativa entre el tiempo de espera y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.01$).

Tabla 5. Asociación entre interés y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Interés		Total
	Alta	Media	
Regular	15 50.0%	32 19.2%	47 23.9%
Irregular	15 50.0%	135 80.8%	150 76.1%
Total	30 100.0%	167 100.0%	197 100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 13.314 \quad p = 0.000$$

En la tabla 5 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad sobre interés el 50.0% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de media (regular) calidad sobre interés el 80.8% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación altamente significativa entre interés y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.01$).

Tabla 6. Asociación entre comodidad y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Comodidad			Total
	Alta	Media	Baja	
	12	29	6	47
Regular	44.4%	22.2%	15.4%	23.9%
	15	102	33	150
Irregular	55.6%	77.9%	84.6%	76.1%
	27	131	39	197
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 8.054 \quad p = 0.018$$

En la tabla 6 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad en comodidad el 44.4% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de baja calidad en comodidad el 84.6% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación significativa entre comodidad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.05$).

Tabla 7. Asociación entre privacidad y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Privacidad			Total
	Alta	Media	Baja	
Regular	18 46.2%	27 20.0%	2 8.7%	47 23.9%
Irregular	21 53.8%	108 80.0%	21 91.3%	150 76.1%
Total	39 100.0%	135 100.0%	23 100.0%	197 100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 14.689 \quad p = 0.001$$

En la tabla 7 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad en privacidad el 46.2% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de baja calidad en privacidad el 91.3% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación altamente significativa entre privacidad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.01$).

Tabla 8. Asociación entre seguridad y continuidad de asistencia en mujeres atendidas en el Programa Salud Sexual y Reproductiva-Puesto de Salud Nicolás Garatea, 2017.

Asistencia	Seguridad		Total
	Alta	Media	
Regular	11 40.7%	36 21.2%	47 23.9%
Irregular	16 59.3%	134 78.8%	150 76.1%
Total	27 100.0%	170 100.0%	197 100.0%

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2 = 4.909 \quad p = 0.027$$

En la tabla 8 se evidencia que, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad sobre seguridad el 40.7% presenta asistencia regular; y del total de mujeres que muestra una percepción de media (regular) calidad sobre seguridad el 78.8% presenta asistencia irregular. Encontrándose asociación significativa entre seguridad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p < 0.05$).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Desde finales del siglo pasado la calidad de servicio toma gran importancia en las instituciones gubernamentales y privadas, llegando a ser considerado un elemento básico para destacar y dar un valor agregado a las organizaciones. Específicamente, en el sector salud son muchos los esfuerzos del Estado por desarrollar servicios de calidad. Sin embargo, la deficiente gestión de la calidad en muchas de estas instituciones de salud conlleva a servicios que, lejos de satisfacer las demandas de los usuarios, genera en ellos frustración con reclamos permanentes, así como irregularidad en su asistencia o un distanciamiento definitivo de los establecimientos de salud, condicionado así un mayor costo personal y social. Al respecto, el Ministerio de Salud viene desarrollando estrategias y acciones para lograr una atención integral en salud, especialmente de la mujer, donde los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, en el cuál se encuentran incluidos los dos principales programas, materno perinatal y planificación familiar, están orientados a disminuir las altas tasas de morbi-mortalidad materno perinatal y los altos niveles de demanda insatisfecha en planificación familiar (MINSa, 2013).

En el marco de la planificación estratégica y desde la perspectiva del consumidor, es necesario entender tres conceptos clave: la percepción, las actitudes y las expectativas, dado que dichos conceptos permitirán comprender el proceso mediante el cual el consumidor atiende y reacciona ante el servicio que recibe (Fabel-Cárdenas y García-Treviño, 2103). De ahí la importancia de obtener información clave sobre la calidad de servicio y su relación con la continuidad de uso de los servicios de salud, sobre todo en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer y su familia, para la posterior toma de decisiones y desarrollo de alternativas de mejora institucional. En ese sentido, la investigación permitió determinar que la mayor proporción de usuarias de los servicios del Programa de Salud Sexual y Reproductiva perciben una calidad de nivel medio (62.4%) y presentan en su mayoría asistencia irregular a tales servicios (76.1%); en tanto, del total de mujeres que muestran una percepción de alta calidad de atención el 62.2%

presenta asistencia regular y del total de mujeres que muestra una percepción de baja calidad de atención el 91.9% presenta asistencia irregular, existiendo una relación altamente significativa entre la calidad de atención y la continuidad de asistencia ($p = 0.000$). Estos resultados ratifican el planteamiento sobre que, el alejamiento de los establecimientos de salud públicos dependerá de la percepción de la calidad de los servicios de salud desarrollados en tales establecimientos (Chakraborty et al, 2008; Cuba et al, 2010; MINSA, 2013; MINSA, 2014). Esta situación debe propiciar una reflexión por parte de los directivos y prestadores de salud del Puesto de Salud Nicolás Garatea, hacia la mejora de la calidad de sus servicios buscando así ser un servicio de salud más atractivo a los usuarios, dado que, en la medida que los sistemas de salud provean continuidad a la asistencia, existe un impacto positivo sobre la calidad de vida, el nivel de salud, los costos sanitarios asociados a la sobre utilización de servicios, así como otros indicadores relacionados a satisfacción y mortalidad (Starfield, 2010).

Considerando que, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva oferta servicios para mujeres en etapas muy susceptibles de su vida, población en ambos extremos de la vida, población masculina, así como a personas con diferentes identidades y orientaciones sexuales; y que, la calidad percibida sobre los servicios de salud afectaría la regularidad de la continuidad a la asistencia a tales servicios, es importante identificar qué elementos particulares relacionados con las expectativas de las y los usuarios serían determinantes en su valoración de calidad de los servicios, y que podrán estar relacionados en mayor o menor medida con la continuidad de asistencia a tales servicios. En ese sentido, en el estudio se halló asociación altamente significativa entre el trato recibido y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.000$), con lo cual la asistencia será regular cuando el trato recibido durante la atención es percibido como de alta calidad y será irregular cuando la percepción es media, es decir a mejor calidad de trato recibido mayor será la continuidad de asistencia. Este punto ratifica lo propuesto por García (2011), quien señala que la habilidad de los prestadores de salud para tratar a sus pacientes con empatía, honestidad, tacto y sensibilidades, lo

que se denomina la calidez de la atención, asegura una percepción alta de la calidad de atención y por tanto mejora la asistencia a los servicios de salud (García, 2011).

Igualmente, se encontró asociación altamente significativa entre la información recibida y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.000$), con lo cual la asistencia será regular cuando la información recibida durante la atención es percibida como de alta calidad y será irregular cuando la percepción es media, es decir a mejor percepción de la calidad de información recibida mayor será la continuidad de asistencia. Estos resultados corroboran lo planteado por García (2011), quien señala que la calidad de comunicación y la habilidad para conversar con los pacientes de los prestadores de salud asegura una percepción alta de la calidad de atención y por tanto mejora la asistencia a los servicios de salud (García, 2011); así como lo señalado por Cuba y Jurado (2012), quien señala que, cuando la información vertida por los prestadores de salud es valorada como útil y permite satisfacer las inquietudes de los usuarios, en términos del mejor tratamiento, posibles riesgos y beneficios, la atención será percibida como de calidad y por tanto se asegura la preferencia por tal servicio.

Otro punto evaluado es el tiempo de espera, el tiempo es uno de nuestros recursos más valiosos (Enrique, ,2016), siendo uno de los problemas observados en nuestro estudio, en donde fundamentalmente se trató de evaluar el tiempo que debe esperar la paciente para recibir atención y el tiempo de atención directa, las pacientes se quejaron de esperar mucho, sobre todo se da con mayor notoriedad en la consulta externa, aduciendo que no se respeta la hora programada en su cita.

Las esperas largas pueden dar a entender a los clientes que su tiempo no es valioso o que los servicios de su institución no están bien planificados u organizados. Estos hallazgos son similares a lo reportado por (Vázquez y Vargas , 2010). (Torres, 2012). lo que más disgusto de la atención, fue la demora antes de atenderse en la consulta. Es necesario dar el tiempo adecuado para cada consulta, tomando en cuenta el número de pacientes que esperan. Se han instituido varios procedimientos para poder reducir el tiempo de espera, agilizar las visitas y acortar las etapas

que los pacientes tienen que completar durante sus controles, hacer pasar a las pacientes que no sienten bien de modo que puedan recibir los servicios sin esperar tanto, establecer horarios nocturnos y de fin de semana. (Ovretveit J , 2002).

Del mismo modo, se encontró asociación altamente significativa entre interés y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.000$), con lo cual la asistencia será regular cuando el interés del personal de salud por las necesidades de las usuarias es valorado como apropiado (calidad alta) y será irregular cuando esta percepción es media, es decir a mejor percepción del interés mayor será la continuidad de asistencia. Estos resultados confirman lo señalado por Cabarcas y Montes (2012), es decir, los prestadores de salud en todo momento deben mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar a los servicios de salud, caso contrario la asistencia será irregular hasta desistir definitivamente.

En el estudio también se halló asociación significativa entre comodidad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.018$), con lo cual la asistencia será regular cuando la comodidad es valorada como de alta calidad y será irregular cuando esta percepción sea media y baja, es decir a mejor percepción de comodidad en el servicio de salud mayor será la continuidad de asistencia a este. Situación que ratifica lo sugerido por Lazo-León (2012), sobre la importancia de la comodidad y/o confort de las usuarias en su satisfacción con los servicios de salud y por tanto en la calidad de estos. En ese sentido, García (2011) relaciona la comodidad, a partir de la actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad hacia el usuario, con sentimientos de satisfacción y con deseos de regresar a los servicios de salud.

De la misma manera, se identificó asociación altamente significativa entre privacidad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.001$), con lo cual la asistencia será regular cuando la privacidad es valorada como de alta calidad y será irregular cuando esta percepción sea media y

baja, es decir a mejor percepción de privacidad en el servicio de salud mayor será la continuidad de asistencia a este. Estos resultados reafirman lo señalado por Cabarcas y Montes (2012) y García (2011), sobre la importancia de la atención al paciente con respeto y recordando en todo momento su integridad, donde la privacidad juega un papel preponderante en la calidad de atención percibida por los usuarios; caso contrario, una atención que no respete la privacidad de las usuarias favorecerá la asistencia irregular hasta el abandono de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Finalmente, la investigación determinó asociación significativa entre seguridad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p = 0.027$), con lo cual la asistencia será regular cuando la seguridad con el servicio recibido es percibida como de alta calidad y será irregular cuando esta percepción es de mediana calidad, es decir a mejor percepción de la seguridad con el servicio mayor será la continuidad de asistencia. Este hallazgo se explica desde la postura de Cuba y Jurado (2012), quienes señalan que la calidad dependerá de la percepción de seguridad que tenga el usuario sobre dicho servicio, en términos del proveedor adecuado, experimentados y competentes; y lugar adecuado, según complejidad de las demandas de salud; lo que aseguraría la asistencia al servicio de salud, toda vez que asegura la satisfacción de las necesidades y demandas de los usuarios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Existe asociación altamente significativa entre la calidad de atención y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.000$).
- Existe asociación altamente significativa entre el trato recibido y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.000$).
- Existe asociación altamente significativa entre la información recibida y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.000$).
- Existe asociación altamente significativa entre el tiempo de espera y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.005$).
- Existe asociación altamente significativa entre el interés y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.000$).
- Existe asociación significativa entre la comodidad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.018$).
- Existe asociación altamente significativa entre la privacidad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.001$).
- Existe asociación significativa entre la seguridad y la continuidad de asistencia al Programa de Salud Sexual y Reproductiva ($p=0.027$).

Recomendaciones

- En vista de los niveles de calidad percibida y de la relación entre la calidad de servicio y sus dimensiones con la continuidad de asistencia a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, se recomienda a la dirección del Puesto de Salud Nicolás Garatea la implementación de un programa de capacitación permanente en temas de calidad de atención para el personal de salud de tales servicios, orientados al desarrollo de capacidades para las relaciones interpersonales, con énfasis en la calidad de comunicación y trato personalizado, con empatía, honestidad, tacto y sensibilidad a las y los usuarios.
- En vista de la alta irregularidad de asistencia a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, se recomienda al personal de salud de tales servicios asegurar el contacto periódico con sus usuarias y usuarios, reconociendo la complejidad e integridad de la persona y su entorno, con acciones dirigidas a un cuidado obstétrico a largo plazo con una permanente comunicación mediante el desarrollo de entrevistas de salida con los pacientes en el momento que abandonan la institución, con las y los pacientes transferidas o referidas a otros servicios y con las pacientes potenciales que jamás acudieron a la institución.
- A los investigadores, continuar con el desarrollo de estudios analíticos y aplicativos que fomenten el desarrollo de tecnologías que permitan mejorar la calidad de los servicios y la continuidad de la asistencia a los mismos, tomando como base el modelo SERVQUAL, el cual orienta las acciones de las organizaciones a cerrar la brecha que existe entre lo que espera el cliente y lo que recibe, considerando el contexto particular de estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bravo, E. (2011). *Evaluación de la calidad de la atención del programa de Control prenatal a partir de la atención brindada a las Usuaris en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayan enero de 2011 –junio de 2011*. Recuperado de <https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1>
- Cabarcas, I. y Montes, A. (2012). *Satisfacción del Paciente Hospitalizado con la Atención de Enfermería en una Institución de Salud de la ciudad de Cartagena, Colombia*.
- Castillo, E. (2005). *Escala Multidimensional Servqual*. Universidad el Bio Bio. Chile.
- Chakraborty, N., Islam, M., Chowdhury, R., y Bari, W. (2008). Utilisation of postnatal care in Bangladesh: from a longitudinal study. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 492-502.
- Chambe, S. (2013). *Percepción de la calidad de atención del control prenatal por la usuaria externa en el Centro de Salud Jorge Chávez y Centro de Salud Nuevo Milenio. Puerto Maldonado*. (Tesis de título profesional). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna, Perú.
- Cuba, M. y Jurado, A. (2012). *Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención*.
- Cuba-Fuentes, M., Jurado, A., y Estrella, E. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Revista Médica Herediana*, 22 (1). Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1093/1077>
- Enrique, M. (2016). *Satisfacción de la calidad de las pacientes que acuden al consultorio de planificación familiar del hospital María Auxiliadora*. (Tesis para título profesional). Universidad Privada Norbert Wiener. Lima.
- Fabel-Cárdenas, M. y García-Treviño, A. (2014). Gestión de la calidad educativa en educación superior del sector privado. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 6 (13), 65-82. doi:10.11144/Javeriana.M6-13.GCEE
- Flores, N. (2015). *Expectativas y demandas de las mujeres víctimas de violencia: un estudio sobre las unidades de atención en la lucha contra la violencia hacia la mujer, en el distrito de Villa María del Triunfo*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- García, M. (2011). Satisfacción del usuario Adulto Mayor con la calidad de la atención de enfermería en el Hospital General Cunduacán Tabasco.
- Haggerty, J., Reid, R., Starfield, B., Adair, C.E. y Mckendry, R. (2005). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 12, 19-21.

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.W. (2000). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México DF: McGraw-Hill.
- Lazo-León, C.M. (2012). *Grado de satisfacción de las usuarias del Programa de Psicoprofilaxis del Parto de los Centros Asistenciales de la Red Rebagliati Essalud 2008*. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADolec&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=668626&indexSearch=I>
- Llanto, R. y Condori, L. (2014). *Calidad percibida del servicio del Centro Emergencia Mujer Puente Piedra 2014*. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Lima.
- Lorenz, A.D., Mauksch, L.B. y Gawinsk, B.A. (2008). Models of collaboration. *Primary care*, 26(2), 401-410.
- Ministerio de Salud. (2014). Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud. Lima: Autor.
- Ministerio de Salud. (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma10102013.pdf>
- Ovretveit J. (2002). *Purchasing for health* Buckingham: Open University Press.
- Reid, R., Haggerty, J. y Mckendry, M.A. (2012). *In: Canadian Health Services Research Foundation. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. Ottawa.
- Renata, G. (2016). *“La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. (Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública). Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, España.
- Ríos, L. (2012). Percepción de la calidad de la atención en el Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Starfield, B. (2010). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO.
- Supo, J. (2012). *Seminarios de investigación científica*. Lima: Bioestadístico.
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación Científica*. Editorial Limusa.
- Terraza R. (2009). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*, 26(6), 485-495.

Terraza, R. (2008). *Coordinación y Continuidad: Un Marco para el análisis*. Universidad Pompeu Fabra.

Torres, P. (2012). Calidad de la atención obstétrica y la satisfacción de usuarias del control prenatal en un centro de salud del Agustino. Recuperado de <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20V%202009/6-%20Calidad%20Obstetricia.htm>

Vázquez, M.L. y Vargas, I. (2010). *Organizaciones Sanitarias Integradas*. Barcelona: Autor.

Vilca , M. y Carbajal , P. (2015).Calidad del servicio en los usuarios del centro de emergencia Mujer Carmen de la Legua ,Callao . Lima.

Vicuña, M. (2002). Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63 (1). doi <https://doi.org/10.15381/anales.v63i1.1476>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información

Encuesta sobre calidad de atención y continuidad de asistencia a los Programas de Salud Sexual y Reproductiva

Código:

PRESENTACIÓN:

Estimada Sra./Srta. estamos realizando un trabajo de investigación sobre cómo son atendidas en los servicios del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, con la finalidad de contribuir en la mejora de los servicios de salud. El presente cuestionario es anónimo y su participación es voluntaria. Es de suma importancia que conteste todas las preguntas sin obviar ninguna.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta una serie de preguntas, complete y marcar con un aspa (x) la respuesta que considere más cercana a su situación.

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y REPRODUCTIVA

1. **Edad:** años.
2. **Estado conyugal:**
Soltera ()
Casada ()
Conviviente ()
3. **Nivel de Instrucción:**
Primaria ()
Secundaria ()
Superior ()
4. **Condición de ocupación:**
Ama de casa ()
Trabajo remunerado ()
5. **Paridad:**hijos.

II. CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA:

2.1. TRATO RECIBIDO

1. **¿Qué opinión tiene Ud. de cómo la recibieron a su llegada a éste puesto de salud?**
Buena () Regular () Mala ()
2. **Al momento de ingresar al consultorio ¿Cómo fue el saludo por parte de la obstetra?**
Agradable () Desagradable () Indiferente ()

3. **¿Cree que la obstetra mostró agrado, cuando usted ingresó a la consulta?**
 Si () No () Indiferente ()
4. **¿Cree usted que la obstetra mostró disposición para atenderla?**
 Si () No () Indiferente ()
5. **¿Cómo califica usted la relación que mantuvo con la obstetra a cargo?**
 Buena () Regular () Mala ()
6. **¿Considera que fue escuchada durante la consulta?**
 Si () No () Indiferente ()
7. **¿Cómo califica el trato recibido por parte de la obstetra que la atendió?**
 Buena () Regular () Mala ()
8. **¿El trato del obstetra fue amable, respetuoso desde el inicio de la atención?**
 Si () No () Indiferente ()

2.2. INFORMACIÓN

9. **¿Se le explicó y orientó sobre la forma en que se ejecutó el examen físico antes de realizarlo?**
 Si () Parcialmente () No ()
10. **¿Considera usted que recibió adecuada información sobre su estado de salud y la salud del bebé (si es el caso)?**
 Si () Parcialmente () No ()
11. **¿Recibió información adecuada sobre sus medicinas o insumos, así como sobre sus efectos colaterales?**
 Si () Parcialmente () No ()
12. **¿Se encuentra usted, satisfecha con la información recibida?**
 Totalmente () Moderadamente () Poco/Nada ()

2.3. TIEMPO DE ESPERA

13. **El tiempo que esperó para recibir su atención, le pareció:**
 Suficiente () Regular () Poco ()
14. **¿La Obstetra le dio suficiente tiempo para describir su situación personal durante la consulta?**
 Si () Parcialmente () No ()

2.4. INTERÉS

15. **¿Cree usted que la obstetra puso interés y atención en su caso?**
 Si () Parcialmente () No ()
16. **¿Cree usted que existe interés o compromiso en resolver sus problemas o necesidades por parte de la obstetra que le atendió?**
 Si () Parcialmente () No ()
17. **¿La obstetra presenta a usted diferentes alternativas que le pueden ayudar a resolver su problema?**
 Si () Parcialmente () No ()

2.5. COMODIDAD

18. **El ambiente en la sala de espera, considera que es:**

Muy cómodo () Cómodo () Incómodo ()

19. El ambiente en el consultorio de obstetricia hace que usted se sienta:

Muy cómodo () Cómodo () Incómodo ()

20. Los horarios establecidos para la atención en el consultorio de obstetricia son:

Muy cómodo () Cómodo () Incómodo ()

2.6. PRIVACIDAD

21. ¿Considera que la obstetra le brindó privacidad durante la realización del examen físico?

Si () Parcialmente () No ()

22. ¿Considera que el ambiente en el consultorio reúne condiciones apropiadas para una atención con privacidad?

Si () Parcialmente () No ()

2.7. SEGURIDAD

23. ¿Considera que la obstetra le brindó confianza durante su atención?

Si () Parcialmente () No ()

24. ¿La obstetra aclara dudas o discrepancias, preguntas sobre el problema de salud, tratamiento o método?

Si () Parcialmente () No ()

25. ¿Usted al salir del consultorio de obstetricia, se siente segura que volverá atenderse en este?

Si () Probablemente () No ()

26. ¿Recomendaría a algún familiar o amiga para ser atendida en este consultorio, dada la seguridad que recibe?

Si () No () No sabe ()

27. De conjunto, usted calificaría la atención recibida como:

Buena () Regular () Mala ()

III. CONTINUIDAD A LA ASISTENCIA

1. ¿En los últimos seis meses asistió regularmente a sus citas programadas en el servicio de Obstetricia (Control prenatal y/o Planificación Familiar)?

Si () No ()

2. ¿En los últimos seis meses asistió a tiempo a sus citas programadas en el servicio de Obstetricia (Control prenatal y/o Planificación Familiar)?

Si () No ()

3. ¿En los últimos seis meses recuperó las citas perdidas en el servicio de Obstetricia (Control prenatal y/o Planificación Familiar)?

Si () No ()

4. Verificación en la Historia Clínica de asistencia a la última cita:

Si () No ()

Anexo 2. Consentimiento informado

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PARTICIPANTE

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADA/O** por los responsables de realizar la presente encuesta con fines educativos e investigativos; y he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la misma y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

Habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas por los entrevistadores, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que me sea realizada la entrevista y se pueda grabar en video la misma.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del Participante

Fecha: _____