



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“INFLUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE PUÉRPERAS EN LA
CALIDAD EN LA ATENCIÓN POSTNATAL EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN SALUD
REPRODUCTIVA**

AUTOR:

TEODOLINDA ROSA GUTIÉRREZ INFANTES

ASESOR:

DR. LA ROSA BOTONERO JOSÉ LUIS

JURADO:

DR. LOZANO ZANELLY GLENN ALBERTO

DR. ORELLANA SALAZAR CARLOS ARMANDO

DRA. AMADO ASMAT FRANCISCA LUCRECIA

LIMA-PERÚ

2019

ÍNDICE

	Pág.
TÍTULO	4
NOMBRE DEL AUTOR	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1. Antecedentes.....	9
2. Planteamiento del problema	15
3. Objetivos.....	17
4. Justificación.....	18
5. Alcances y limitaciones	20
6. Definición de variables	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	22
Teorías generales relacionadas con el tema.....	22
Bases teóricas especializadas sobre el tema	24
Marco conceptual	50
Hipótesis	53
CAPÍTULO III. MÉTODO	54
1. Tipo	54
2. Diseño de investigación.....	54
3. Estrategia de prueba de hipótesis	54
4. Variables.....	55
5. Población	57
6. Muestra	57
7. Técnicas de investigación.....	59
Instrumentos de recolección de datos	59
Procesamiento y análisis de datos.....	63
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	65
Contrastación de hipótesis	65
Análisis e interpretación	70
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	79
Discusión	79

Conclusiones.....	83
Recomendaciones	84
Referencias bibliográficas	85
ANEXOS.....	96
Ficha técnica de los instrumentos a utilizar.....	96
Consentimiento informado	101
Validez y confiabilidad de instrumentos	103
Matriz de consistencia	107

TÍTULO:

“Influencia de la participación de puérperas en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” 2017”

NOMBRE DEL AUTOR:

Teodolinda Rosa Gutiérrez Infantes

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la participación de la puérpera influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

Método: Estudio observacional, analítico relacional, prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 109 puérperas inmediatas que recibieron atención postnatal. Para medir la participación se diseñó un cuestionario en base a literatura revisada, validado mediante juicio de expertos. Para medir la calidad se utilizó el instrumento SERVPERF. El análisis descriptivo se realizó mediante frecuencias absolutas, relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. La prueba Chi cuadrado evaluó la influencia de participación en la calidad de atención, la prueba de correlación de Spearman evaluó la correlación entre el nivel de participación y la calidad de atención.

Resultados: La edad promedio fue 27.2 ± 5.9 años. El 67.9% tenía educación secundaria, el 78% conviviente, el 77.1% ama de casa y el 55% procedente de Lima. El 39.8% y 38.5% fueron primíparas y secundíparas, respectivamente. La participación de las puérperas no influyó en la calidad de atención postnatal ($X^2=7.661$, $p=0.256$). El 3.7%, 49.5% y 46.8% presentaron alta, media y baja participación, respectivamente. El 59.6% y 26.6% se mostraron ampliamente satisfechas y muy satisfechas con la calidad de atención postnatal. Existió correlación significativa entre la participación y el nivel de calidad de atención postnatal ($Rho=0.208$, $p=0.030$).

Conclusión: La participación de la puérpera no influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; sin embargo, se observa que las puérperas con mayor grado de participación presentaron mayor satisfacción en la atención postnatal.

Palabras clave: puérperas inmediatas, participación, calidad, atención postnatal, SERVPERF.

ABSTRACT

Objective: To determine if participation of postpartum women affects the quality of postnatal care in the National Hospital "Hipólito Unanue" in the period from April to June of 2017.

Method: Observational, analytical, relational, prospective and cross-sectional study. The sample consisted of 109 immediate postpartum women who received postnatal care. To measure participation, a questionnaire was designed based on revised literature, validated by expert judgment. To measure the quality, the SERVPERF instrument was used. In the descriptive analysis, we performed absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion. The Chi-square test assessed the influence of participation in quality of care, Spearman's correlation test assessed the correlation between participation level and quality of care.

Results: The mean age was 27.2 ± 5.9 , 67.9% had secondary education, 78% were cohabitants, 77.1% were housewife and 55% were from Lima. The 39.8% and 38.5% were primiparous and multiparous, respectively. Participation of postpartum women did not influence the quality of postnatal care ($X^2 = 7.661$, $p = 0.256$). The 3.7%, 49.5% and 46.8% presented high, medium and low participation, respectively. The 59.6% and 26.6% were widely satisfied and very satisfied with the quality of postnatal care, respectively. There was a significant correlation between participation and quality of postnatal care ($Rho = 0.208$, $p = 0.030$).

Conclusion: The participation of postpartum women does not influence the quality of postnatal care at the National Hospital "Hipólito Unanue". However, it was observed that postpartum women with more participation had greater satisfaction in postnatal care.

Key words: immediate postpartum women, participation, quality, postnatal care, SERVPERF.

INTRODUCCIÓN

La calidad de atención ha sido definido por Avedis Donabedian (2001) como: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas...” La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) también se ha pronunciado sobre la definición y señala que “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y efectiva”.

Dado el interés por involucrar a las personas en el cuidado de su salud, los modelos de atención están cambiando, el profesional de salud reconoce mayores responsabilidades y obligaciones al paciente, de manera que, en términos de poder y autoridad, se genera una relación más equilibrada entre ambos. En ese sentido surge la toma de decisiones compartida (TDC), lo que permite analizar el apoyo que se brinda a los pacientes de manera informativa, así como crear un espacio interpersonal de respeto, escucha y acogida que haga sentir al paciente comprendido y aceptado. El TDC proviene de Europa y Norteamérica, en nuestro país en el 2013 se llevó a cabo la VII Conferencia Internacional de TDC (Bravo, Contreras, Perestelo, Pérez, & Málaga, 2013).

La OMS (2004), así como las administraciones sanitarias de distintos países actualmente trabajan en programas para mejorar la salud de la población incluyendo a los propios pacientes en este proceso. Su participación como co-rresponsables en su seguridad clínica está tomando una gran importancia (López, 2006). Para el objeto de estudio se centrará en la participación de las mujeres en la etapa de puerperio sobre la planificación familiar, deambulación precoz, orientación en signos de alarma e indicación de cita postparto.

La calidad en la atención en el parto y puerperio, es un factor fuertemente ligado a la salud materno-infantil, por lo tanto, debe ser tomado en cuenta al evaluar la situación general de salud del país (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012). La relación entre médico y paciente ha cambiado mucho más en los últimos 25 años que en toda la historia de la medicina occidental. Hace 20 años, los pacientes querían ser escuchados, luego informados, después compartir información y ahora son pacientes expertos, competentes y consecuentes (Donalson, 2003; Mira, 2005; Aibar, 2005).

En ese sentido, el presente estudio se planteó con el objetivo de determinar si la participación de la puérpera inmediata influye en la calidad de atención postnatal en el contexto del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, 2017.

La presente investigación esta encuentra desarrollada en cinco capítulos, en el primero de ellos se plantea el problema de estudio a través de antecedentes, se formula el problema, los objetivos, la justificación y se definen las variables de investigación. En el Capítulo II, se presenta el marco teórico mediante el desarrollo de teorías, marco conceptual y la formulación de hipótesis. En el Capítulo III, se presenta la metodología de investigación, se especifica el tipo y diseño, población y muestra y técnicas de investigación. En el Capítulo IV, se presenta los resultados luego de la recolección de datos, la presentación se realiza en tablas y figuras. En el Capítulo V, se presenta la discusión de los resultados, así como las conclusiones a las cuales se llegó con la investigación, así como sus respectivas recomendaciones. En la última sección se presenta los anexos del estudio.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes

Hernández Sampieri (2010) en su obra “Metodología de la investigación” refiere que “para adentrarse en el tema es necesario conocer estudios, investigaciones y trabajos anteriores. Conocer lo que se ha hecho respecto a un tema ayuda a seleccionar la perspectiva principal desde la cual se abordará y estructurará la idea de investigación”. En este sentido, se realizó una exhaustiva revisión de antecedentes bibliográficos nacionales e internacionales sobre el tema en estudio mediante distintos buscadores en ciencias de la salud. Los resultados de la búsqueda y revisión se exponen a continuación:

Antecedentes internacionales

Fernández (2013) realizó una investigación en España con el título: “Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria”. El objetivo fue conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y puerperio relacionado con la atención sanitaria recibida en el Hospital Universitario Central de Asturias. Se planteó un estudio de tipo descriptivo y transversal realizado en una muestra conformada por 131 mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio. Los resultados evidenciaron que en la mayoría de casos las mujeres tenían un nivel de estudios universitarios (55,7%) y estado civil casada (61,4%). El 82,8% de mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas con el número de profesionales de la salud que cuidaron de ellas; sin embargo, sólo el 21,4% estuvieron insatisfechas o muy insatisfechas con el tiempo que dedicó el profesional a enseñarle cuidados como la alimentación de su bebé. La mayoría de mujeres (90%) se mostró satisfecha o muy satisfecha con la logística y el entorno, es decir, con las instalaciones hospitalarias como el espacio y la iluminación. De forma global se encontró que la atención recibida durante el parto y el puerperio obtuvo una puntuación media de 165,2 lo cual evidenció de forma general que las

madres estaban satisfechas. Se concluyó que las mujeres atendidas durante el proceso de parto y puerperio estaban satisfechas con la atención recibida; en el puerperio los aspectos mejor valorados fueron el número de profesionales de la salud que las atendieron seguido de la cantidad de los mismos que ingresaron a su habitación.

Aguilar *et al* (2013) realizaron una investigación en España con el título “Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia”. El objetivo fue analizar el grado de satisfacción de la mujer sobre la atención al parto, el acompañamiento durante el nacimiento y la duración de la lactancia materna. Para lo cual llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 60 madres atendidas en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres (56.7%) tuvieron una edad mayor de 30 años. En relación al tipo de parto, la cesárea fue la más frecuente con un 41.7% versus 31.7% y 26.7% del parto vaginal con epidural y vaginal sin epidural, respectivamente. Respecto al tipo de alimentación del neonato en las primeras 24 horas, el 53.3% de recién nacidos recibió lactancia materna exclusiva es alta. Las madres que siguieron con lactancia materna a los 3 meses representaron un 36.7% del total. Se encontró que la lactancia materna (53.1%, $p = 0.514$) y el parto vía vaginal sin epidural (86.8%, $p = 0.320$) creó una mayor satisfacción en la madre, aunque no significativamente. Por otro lado, la satisfacción sobre el parto guardó relación con la duración de la lactancia materna. Se concluyó que las madres se sintieron satisfechas en relación a la atención al parto cuando su parto ocurrió de forma eutócica sin epidural y cuando iniciaron la lactancia materna de forma precoz.

Acosta (2015) realizó en México su investigación titulada “Satisfacción materna con la atención hospitalaria proporcionada en una institución pública”. El objetivo fue analizar el grado de satisfacción materna en el parto y puerperio con la atención hospitalaria recibida en

una institución pública rural. Este estudio descriptivo y transversal incluyó a 200 mujeres que respondieron el cuestionario COMFORTS modificado. Los resultados mostraron que las participantes tuvieron una edad promedio de 25 años. Además, el 68.5% fueron amas de casa, el 46% estaban casadas y el 55% contaba con una instrucción de secundaria completa. Respecto a la percepción de la atención del puerperio, el puntaje promedio otorgado fue de 43.1, manifestando un nivel global de satisfacción. Las participantes manifestaron estar satisfechas con el número de profesionales médicos que la cuidaron (60%) y con el tiempo que paso el profesional de cuidados maternos en la enseñanza de cuidados a su pareja (53%). El 68% de las puérperas estuvo satisfecho con la iluminación en la sala de parto y el 49% lo estuvo con la accesibilidad de insumos de cuidado. Se concluyó que las mujeres informaron niveles elevados de satisfacción con la atención materna recibida.

Fernández (2013) realizó una investigación en España con el título “Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionada con la atención hospitalaria”. Uno de los objetivos fue determinar el grado de satisfacción de las mujeres durante el puerperio relacionado con la atención hospitalaria. Para ello se planteó un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó a un total de 131 usuarias que tuvieron su parto y atención de puerperio en el Hospital Universitario Central de Asturias y quienes respondieron el cuestionario COMFORTS. Los resultados mostraron que la edad media de la participantes fue de 33.2 años, con predominancia del estado civil casada (61.4%); asimismo, predominaron las pacientes con grado de instrucción universitario (55.7%). Respecto a la satisfacción global en la atención recibida en el parto y puerperio, se obtuvo una puntuación promedio de 165.2. El 51.4% y 42.9% de las mujeres calificó su atención en el rango de muy satisfecha y satisfecha, respectivamente. Por ejemplo, en relación a los cuidados en el puerperio, el 48.6% estuvo satisfecha con el tiempo de atención de sus necesidades, el 45.7% también lo estuvo acerca del tiempo dedicado a la enseñanza de cuidados posparto, el 44.3% manifestó sentirse satisfecha con la respuesta a sus

necesidades y el 47.1 % manifestó estar satisfecha con el número de médicos que la atendieron. Se concluyó que la percepción de calidad de atención en el puerperio se encontró en la categoría de satisfacción, donde los aspectos que mejor fueron valorados fueron el número de médicos que le brindaron atención y el tiempo que la matrona dedicó a cubrir sus necesidades físicas.

Antecedentes nacionales

Bravo et al (2013) realizaron una revisión sobre la participación del paciente en las decisiones de la salud, titulado “En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud”. Hacen referencia a la toma de decisiones compartida (TDC) como un modelo de atención que promueve el involucramiento del paciente en el cuidado de su salud. La TDC permite reflexionar y analizar sobre el apoyo que pueden brindar los profesionales de salud al paciente que no solo consta de la mejor información científica disponible para enfrentar su enfermedad sino que además permite crear un espacio interpersonal de respeto, escucha y acogida que haga sentir al paciente comprendido y aceptado. La mayoría de experiencia que se tiene en TDC proviene de Norteamérica y Europa, sin embargo en el 2013 se llevó a cabo en Lima-Perú la VII Conferencia Internacional de TDC. En la revisión concluyen que las habilidades comunicacionales ejercen un rol fundamental en el establecimiento de la relación profesional-paciente, facilitando el intercambio de información y preferencias de manera efectiva y respetuosa; esta aproximación terapéutica podría apoyar a la reducción de las disparidades en salud que prevalece en Latinoamérica, al facilitar que las personas puedan participar informada y activamente en el cuidado de la salud.

Ayala (2015) desarrollo en Lima su estudio titulado “Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015”. El objetivo fue determinar la calidad de atención del parto según la percepción de la usuaria. Para ello se planteó un estudio descriptivo de corte

transversal, realizado en una muestra de 313 puérperas inmediatas atendidas en el INMP entre los meses de enero y febrero del 2015. Los resultados mostraron que el 29.7% de las usuarias tuvo entre 25-29 años, con predominancia del estado civil conviviente (75.7%) y un grado de instrucción de secundaria completa (59.1%). El promedio global en la calificación SERVPERF fue de 4.31. Respecto a de cada una de las dimensiones, el promedio de todas también se ubicó cerca de ese rango. La dimensión con los menores niveles de satisfacción fue la fiabilidad y la capacidad de respuesta (4.29 y 4.23 respectivamente). En la dimensión de capacidad de respuesta, esta fue considerada como satisfactoria por el 81.8% de usuarias. En la dimensión empatía, el trato del personal fue calificado como satisfactorio por el 81.5% de usuarias. En la dimensión seguridad, el 88.8% de pacientes manifestó está satisfecha con respecto a la seguridad brindada por el personal. En la dimensión fiabilidad, la prestación del servicio fue calificada como satisfactoria por el 80.2% de usuarias. En la dimensión de aspectos tangibles, un 72.8% de las usuarias manifestó estas satisfecha respecto a la calidad de los ambientes. El promedio global de satisfacción fue del 93.3%. Se concluyó que la percepción de calidad de atención se encontró en la categoría de satisfacción de acuerdo al método SERVPERF y las dimensiones más importantes en la calidad de atención fueron los aspectos tangibles y la empatía.

Rodríguez et al (2016) realizaron una investigación en Lima con el título “Nivel de satisfacción de gestantes atendidas según tipo de parto en la Clínica Good Hope, febrero – abril 2016”. Uno de los objetivos fue evaluar el nivel de satisfacción de las gestantes y determinar la satisfacción por dimensiones de calidad. Este estudio analítico y transversal incluyó a 354 pacientes que tuvieron su parto en la Clínica Good Hope y a quienes se empleó la encuesta SERVPERF-GP. Los resultados mostraron que la participantes tuvieron una edad promedio de 31.5 años y en su mayoría con nivel de estudio superior (83.2%). Respecto al nivel de satisfacción de la atención, el 76.81% de pacientes indico sentirse satisfecha moderadamente,

el 12.75% manifestó satisfacción amplia y el 8.7% manifestó una satisfacción leve. Solo 1 paciente indico insatisfacción moderada. Según dimensiones de atención de la calidad, el puntaje más alto lo obtuvo la dimensión de aspectos tangibles, con una media de 5.71, seguido de la seguridad y confiabilidad con 5.54 cada una y la calidad clínica con 5.53. La dimensión con el menor puntaje fue la capacidad de respuesta (media de 5.37). Se concluyó que el nivel de satisfacción de atención global de las usuarias de la Clínica Good Hope fue elevado y que las dimensiones con mayor nivel de satisfacción fueron la confiabilidad, seguridad y aspectos tangibles.

Espinoza (2014) realizó una investigación en Lima el titulada “Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del Hospital San Juan De Lurigancho, enero 2014”. El objetivo fue evaluar la percepción de la calidad de atención de parto vaginal. Se planteó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal y el cual participó 80 puérperas que respondieron el cuestionario SERVPERF modificado. Los resultados mostraron que la percepción global de la calidad de atención del parto fue insatisfactoria (88.75%). El promedio global otorgado al cuestionario SERVPERF fue de 2.37. Todos los promedios globales de cada una de las dimensiones se encontraron en un nivel de insatisfacción. Las dimensiones seguridad y la empatía evidenciaron el promedio más bajo (2.08 y 2.00 respectivamente), seguido de la dimensión confianza con promedio de 2.30. Las dimensiones con los mejores puntajes fueron la capacidad de respuesta y el aspecto tangible (2.80 y 3.10 respectivamente). Se concluyó que la percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del Hospital San Juan De Lurigancho es insatisfactoria. Con respecto a la edad promedio de las puérperas encuestadas, el 56.3% ocupó el grupo entre los 19 - 35 años. En el nivel educativo, el 61.3% tenía estudios secundarios completos. Se concluyó que la percepción de la calidad de atención del parto en el centro obstétrico del Hospital San Juan De Lurigancho en enero del 2014 fue insatisfactoria.

2. Planteamiento del problema

La calidad de atención es un aspecto que en términos de evaluación de servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando cada vez mayor atención en salud pública (Schneider & Palmer, 2002), siendo considerada como uno de los principales ejes en la evaluación de los servicios de salud (Mira & Aranaz, 2000). La calidad en la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2012). Es por ello, que en los últimos años la calidad ha adquirido una considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional (Mira, Lorenzo, Rodríguez, Aranaz, & Sitges, 1998; Velázquez, Seclén, Novara, Benavides, & Jacob, 2001). Por otra parte, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad han sido uno puntos claves en diversas conferencias mundiales. Del total estimado de 536 000 defunciones maternas en el mundo, el 99% se correspondió a países en vías desarrollo y América Latina y el Caribe representa el 3% del total de estas muertes (Velázquez, Seclén, Novara, Benavides, & Jacob, 2001), frente a ello instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas apoyan iniciativas con los ministerios de salud de diversos países para aumentar el uso de servicios maternos integrales y de calidad. Por otro lado, la relación entre los pacientes y los profesionales de salud que brindan atención materna, y en general a la sociedad como parte de las prestaciones del sistema sanitario posiblemente ha cambiado más en los últimos años. Hace tan solo 2 décadas los pacientes querían ser escuchados (Organización Mundial de la Salud, 2008); posteriormente se ha pasado de la escucha a la información, de la información a una mayor autonomía del paciente que se ha visto reflejada en una decisión compartida y por ende a una actitud más participativa; sin duda alguna, la propia evolución social ha sido responsable de estos cambios relacionales.

En nuestro país, uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde un punto importante de la atención es la satisfacción de los usuarios (Ministerio de Salud del Perú, 2009). Debido a que el parto y su etapa posterior, el puerperio, son acontecimientos vitales muy importantes en la vida de la mujer, constituyen experiencias únicas y profundas con un gran contenido emocional, de ahí que se haya establecido una corriente a favor de la recuperación del protagonismo y participación de la mujer, indicador significativo para lograr mayor grado de bienestar o satisfacción de la mujer (Ministerio de Salud del Perú, 2009; Gobierno de Chile, 2008). Por lo tanto, la paciente púérpera también se comporta como sujeto de derechos y se considera con derecho a intervenir, como sujeto activo, en la gestión de su propia salud. Si bien las estrategias enfocadas a la participación del paciente en la mejora de la calidad, sea de forma activa (elección de proveedores, quejas y reclamaciones, asociaciones de usuarios, órganos de participación comunitaria, participación activa en el proceso asistencial) o a instancias del sistema (encuestas de calidad percibida, investigaciones cualitativas, etc.) (Uribe, Poupin, González, & Rodríguez, 2000), han experimentado un gran desarrollo en los últimos años, de la mano del enfoque en el usuario como una de las dimensiones clave de la calidad (Saturno, 1998; Bengoa, Key, Leatherman, Massoud, & Saturno, 2006). Sin embargo, su incorporación plena a los sistemas de gestión de la calidad sigue siendo, en gran medida, una tarea pendiente. En este sentido, motivados por la necesidad de seguir mejorando la efectividad en la atención postnatal y debido a que la población tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud se plantea la realización de la presente investigación con el objetivo de determinar la influencia de la participación de púérperas en el mejoramiento de la calidad en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo abril a junio del año 2017.

Formulación del problema

Problema principal:

¿Cómo influye la participación de las puérperas en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo abril a junio del año 2017?

Problemas específicos:

- ¿Cuál es el grado de participación de las puérperas en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017?
- ¿Cuál es el nivel de calidad en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017?
- ¿Cuál es el grado de la participación de la puérpera según el nivel de calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017?

3. Objetivos

Objetivo principal:

Determinar si la participación de la puérpera influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

Objetivos específicos:

- Determinar el grado de participación de las puérperas en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.
- Determinar el nivel de calidad en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

- Determinar el grado de la participación de la puérpera según el nivel de calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

4. Justificación

Desde el punto de vista legal el presente estudio encuentra justificación en la Constitución Política del Perú donde se menciona que el estado promueve el desarrollo científico y tecnológico. La Ley Marco de Ciencia y Tecnología N°28303 donde se menciona que el desarrollo, promoción, consolidación, transferencia y difusión de la Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica son de necesidad pública y de preferente interés nacional, como factores fundamentales para la productividad y el desarrollo nacional. Asimismo, el artículo N° 15 de la Ley 29414, modificatoria de la Ley General de Salud del Perú, que consigna expresamente el derecho del paciente a ser informado sobre "su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y que se les explique las consecuencias de esa negativa". El Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, por su parte, determina en el literal f) de su artículo N° 41, que el paciente tiene derecho a "aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, o revocar su decisión", las cuales evidencian la capacidad participativa del paciente para decidir si aceptar o rechazar determinada intervención, reafirmando su autonomía. La Ley General del Paciente en su capítulo III en relación a los derechos de los pacientes refiere que el paciente tiene el derecho de elegir libremente su tratamiento sea médico o quirúrgico, evidenciando en ello el amparo legal de una actitud participativa del paciente. El Estatuto de la Universidad Nacional Federico Villarreal establece en su capítulo VIII, artículos N°79 a 91 establece que los estudiantes participan activamente en el quehacer de la investigación como actividad esencial en el campo del conocimiento como una actividad fundamental en su formación.

Desde el punto de vista práctico, autores como Villanueva *et al* (2003), refieren que con el propósito de reducir la mortalidad materna se han utilizado diversas estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, entre ellas la atención postnatal; sin embargo, si bien la cobertura se ha incrementado no ha venido sucediendo lo mismo con el nivel de calidad de atención prestada en los servicios sanitarios. Por ello los esfuerzos no se han traducido en una contribución significativa en el cumplimiento de los objetivos del milenio en lo referente a la reducción de la mortalidad materna. Dado el cambiante papel de los pacientes, en la actualidad ha ganado gran importancia la capacidad de su participación en lo referente a las decisiones sobre su salud, por ello Furuta y Salway (2006), refieren como un reflejo de la autonomía femenina se encuentra la participación de esta en la decisión de recibir atención en salud sexual y reproductiva. Dado que el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” es considerado como centro de referencia para el manejo de pacientes obstétricas y puérperas además de tener una elevada población adjudicada, se vuelve sumamente importante desde el punto de vista práctico comprender la relación que existe entre la participación y la calidad percibida; ello para nuestro caso se traduciría en una mayor continuidad de las puérperas a nuestros servicios de salud, y por ende un mejor control de la salud materna.

Desde el punto de vista teórico-científico, son muchas las evidencias que ponen de manifiesto los cambios por los que ha venido pasando el modelo de relación del profesional de la salud y su paciente, de forma tal que el paciente ha partido de la actitud pasiva y constantemente ha ido adquiriendo una actitud poco a poco más participativa en las decisiones respecto a su salud. En la actualidad son varios los derechos reconocidos formalmente a los pacientes que se relacionan con la información, autonomía y participación que, en los últimos años, han recibido un amplio respaldo normativo. En este sentido cada vez hay más pruebas de que la asistencia sanitaria centrada en el paciente favorece la actitud participativa y promueve una mayor

responsabilidad del paciente conduciendo a mejores resultados de salud y calidad de atención percibida, tal como Bravo *et al* (2008) refieren que el sentimiento de control de las mujeres durante su atención de parto es muy importante y se relaciona con el aumento en la calidad percibida. Ello sugiere que similar situación se podría dar en la atención post-natal. Si bien la importancia de poner en práctica la participación del paciente, en este caso la puérpera, se encuentra explícita en la literatura médica, por su papel en la mejora de la calidad percibida, se carece de investigaciones que ofrezcan evidencia estadística para sustentar la aseveración de que la participación de las puérperas tenga una influencia en el mejoramiento de la calidad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, por ello se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de la participación de puérperas en la calidad de atención postnatal, cuyos resultados representan un aporte significativo.

5. Alcances y limitaciones

Respecto a la limitación estadística encontrada, se observó que la prueba Chi-cuadrado resultó no significativa indicando que la participación de la puérpera inmediata no influye en la calidad de atención postnatal; sin embargo, la prueba de correlación de Spearman resultó significativo indicando que a mayor participación mayor calidad percibida, por lo tanto, se debería realizar otros análisis que permitan evaluar la influencia de la participación en la calidad de atención. Otra limitación es que la naturaleza prospectiva de la investigación supone no tener respuestas totalmente ciertas de las personas encuestadas, por cuestiones de tiempo, interés, temor a divulgación de sus datos, etc.

6. Definición de variables

Variable independiente

Participación de la puérpera: Grado de participación en lo concerniente a la toma de decisiones sobre su salud.

Variable dependiente

Calidad de atención postnatal: Nivel de calidad de atención percibida en la atención postnatal evaluada mediante un cuestionario.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Teorías generales relacionadas con el tema

El parto y el puerperio son acontecimientos vitales muy importantes en la vida de una mujer, ya que son experiencias profundas con gran contenido emocional. La asistencia materna en el parto y su etapa inmediata posterior, el puerperio, son hechos tan antiguos como la humanidad; sin embargo, en las últimas décadas esta atención se ha visto afectada por una creciente instrumentalización e intervencionismo que ha dificultado que se preste suficiente atención a la mujer durante este proceso, lo cual puede influir en su bienestar físico y emocional y en su adaptación a la maternidad y al vínculo con su hijo/a (Vivanco, *et al.*, 2012). Los cambios sociales y económicos durante el siglo XX, junto con el avance de la ciencia y tecnologías sanitarias, impulsaron el desarrollo de un enfoque más tecnológico del proceso de nacimiento (Goberna, Banús, & Palacio, 2011), todo esto llevó a convertir el parto y el puerperio en un evento médico, centrando la atención en los aspectos tecnológicos e instrumentales y por consiguiente, aislando a la mujer de su entorno familiar y evitando que tome decisiones en relación a este momento vital, es decir, se construyeron modelos mecanicistas de la salud que limitaban su participación (Santacruz, 2012). Sin embargo, a finales de este siglo la Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a revisar este modelo porque no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada. Siguiendo estas recomendaciones se ha venido produciendo un cambio en la asistencia materna, donde se intenta atender a los factores individuales, valorando aspectos como el estado emocional, y el sentido de la dignidad y autonomía durante el parto (Arnau, *et al.*, 2012).

En esta línea han surgido diferentes iniciativas con el objetivo de otorgar una mayor libertad a la mujer en lo que respecta a cómo vivir esta experiencia de manera más satisfactoria para ella,

de forma que se propicie su participación en las decisiones relativas a su atención. Actualmente, la calidad percibida de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones en lo concerniente a las prestaciones sanitarias, pues proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados. Si bien la calidad es un concepto difícil de definir, es importante tener en cuenta que las dimensiones que considera el usuario para definirla se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención (Davidow & Uttal, 1989; Creech, 1994).

En nuestro país, los hospitales y centros de salud del sector público enfrentan realidades parecidas y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio los usuarios siguen manifestando ciertos niveles de insatisfacción en la atención que reciben (Ríos, 2012). En este sentido conocer la influencia de la participación en el mejoramiento de la calidad percibida es sumamente importante, pues ello puede constituir una herramienta para instituciones públicas y privadas para identificar a la participación del paciente como un área que podría mejorarse y con ello los niveles de satisfacción. Desde esta concepción el MINSA pretende que los individuos, las familias y la comunidad verdaderamente sean partícipes de la gestión de la mejora en la calidad percibida por los usuarios respecto a los servicios que prestan las instituciones de salud.

Bases teóricas especializadas sobre el tema

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y CALIDAD DE ATENCIÓN

1.- CALIDAD DE ATENCIÓN

A. Definición

El concepto de atención de calidad ha sido definido por Donabedian (2001) como: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”. El concepto de calidad de la atención médica propuesto por Aguirre (2002), menciona que consiste en “otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que les permita satisfacer sus necesidades de salud”. En este concepto, se incluyen cuatro elementos del proceso y dos de resultados; la estructura se refiere a la responsabilidad primaria de la institución prestado de servicios de salud, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza (Fajardo & Hernández, 2012). Por su parte, la OMS señala que “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (Organización Mundial de la Salud, 2009). La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos de América (2000) sugiere simplemente que la calidad es “hacer las cosas correctas y hacerlas bien”. Por su parte, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (1990) define a la calidad de la atención como el “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las

poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.

B. Análisis de la atención de salud

El análisis de la atención en salud trata de un examen detallado del conjunto de actos y servicios que se proporcionan a un usuario o paciente, orientados a proteger, promover y restaurar la salud del mismo. Este análisis se hace desde el punto de vista sistémico y considera aspectos como:

- La evaluación de las instalaciones (estructura) en que fueron proporcionados los servicios de salud, involucrando tanto las expectativas de los usuarios al demandar los servicios médicos, como la disponibilidad de recursos y servicios para atender la patología por la que se ha hecho la búsqueda de una atención.
- La evaluación del proceso propiamente derivado de la atención médica, como un conjunto de procedimientos realizados en forma sistemática, dirigidos al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un paciente, desde la interrelación que la organización ha diseñado para atender el caso, hasta la valoración de las decisiones tomadas para la atención de las necesidades en materia de salud del usuario, desde el punto de vista científico y legal.
- La evaluación del resultado en cuanto a la utilización de servicios de salud o productos de la interrelación de los usuarios con los sistemas de prestación de servicios sanitarios. Cuando el sistema carece de las estructuras y la prestación del servicio no es la adecuada, los resultados dañan físicamente al paciente.

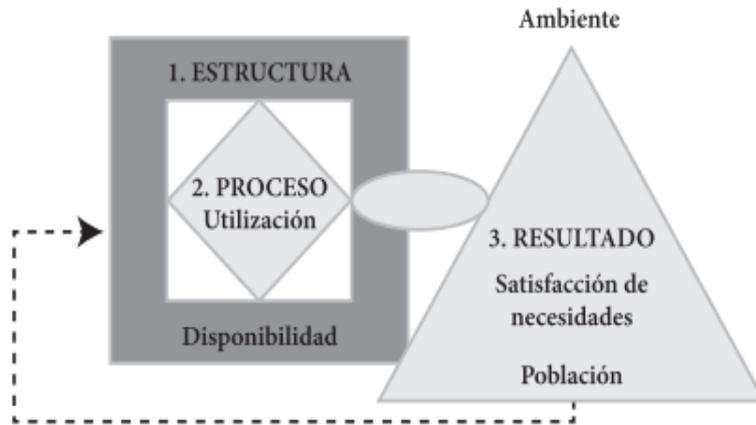


Figura N° 1. Enfoque sistemático del mejoramiento de la calidad. Extraído de Fajardo & Hernández (2012). Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud.

El análisis y la evaluación de la prestación de servicios de salud, se dan a partir del marco de conocimientos vigentes que se encuentran disponibles, sobre la base de la *lex artis* médica y el alcance jurídico. El proceso de atención médica es un evento que reviste una alta complejidad y, evidentemente, para su evaluación se incorpora el mayor número de elementos documentados; es decir, la reconstrucción de los hechos con soporte documental resulta fundamental para el conocimiento preciso de lo sucedido durante la atención recibida por el paciente; desde que el usuario expresa la necesidad de atención médica, pasando por el proceso del diagnóstico, la confirmación y el tratamiento o la rehabilitación, hasta la expresión de la satisfacción o no de dicha prestación de servicios (Secretaría de salud de México, 2006). Esta evaluación de los servicios prestados tiene un doble propósito: medir y conocer cualitativa y cuantitativamente el proceso de atención médica, y compararlo con el conocimiento médico vigente a partir de una segunda opinión emitida por expertos. Esta evaluación de pares se realiza con la más absoluta libertad y confidencialidad.



Figura N° 2. Evaluación de la práctica médica. Extraído de Fajardo & Hernández (2012).
Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud.

En este proceso, la historia clínica se constituye como un insumo básico para el ejercicio de la evaluación, en los cuales el personal de salud hace los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, según las disposiciones sanitarias. Se considera como principios científicos de la práctica médica, el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo (Donalson, 2003).

Por último, es importante mencionar que junto a la calidad de los servicios de salud, debe ir acompañada de efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario, donde además, la educación y participación del paciente desempeñan un papel fundamental (Fajardo & Hernández, 2012).

C. Gestión de las expectativas

Se admite y defiende que los pacientes tienen diferentes expectativas respecto a la atención que esperan recibir y dentro de estas expectativas se encuentra el nivel de participación que espera tener en el encuentro del mismo con el profesional de la salud. Se admite que esta expectativa se configura en función de la cultura social en que se vive y de la información que se dispone, obtenida a partir de la propia experiencia y de la que llega desde los medios de comunicación. A partir de todo ello, los pacientes elaboran su idea sobre cómo será el contacto con el sistema y los profesionales de salud concretos (Mira, Rodríguez, Tirado, & Sitges, 2000). Estas

expectativas son fundamentales para entender la calidad de atención percibida (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985; Prieto & March, 2002):

$$\text{Percepciones} - \text{Expectativas} = \text{Satisfacción (calidad percibida)}$$

Para llegar a identificar las expectativas y, en general, las opiniones, creencias, valoraciones, etc., de los individuos y de los grupos sociales, se dispone de una metodología y técnicas idóneas. Las encuestas de calidad percibida o satisfacción, con ítems definidos por el investigador según sus intereses y con respuestas cerradas, siguen siendo de utilidad para la mejora, y tienen su razón de ser cuando precisamos un dato concreto para controlar los resultados de nuestras actividades de mejora, para una evaluación o para una acreditación, disponiéndose de una batería de técnicas que permiten una muy buena aproximación a la realidad.

Las encuestas con preguntas abiertas, bien por sí mismas o unidas a ítems cuantitativos que puedan interesar, son fáciles y de suma utilidad. Independientemente de la técnica que utilicemos, la cuestión fundamental es la formulación de la pregunta de investigación que busquemos dar respuesta.

Las entrevistas por ejemplo, si bien son más complejas y requieren de cierta experiencia, proporcionan una gran cantidad de información, imprescindible para la mejora de los servicios de salud que se prestan a los pacientes, en este caso las púerperas. Por su complejidad relativa necesita un esfuerzo que, desde luego, vale la pena por su riqueza (Palacio, *et al.*, 2003).

Otras técnicas son escasamente utilizadas, ya que requieren el conocimiento de otras disciplinas para su aplicación e interpretación, y no se pueden considerar de aplicación habitual en la consulta y en el centro de salud. En su gran mayoría, los pacientes son personas sensatas que

demandan cosas sensatas, por lo que su satisfacción no debería significar mayor problema (Mira, *et al.*, 1999; Redondo, Bolaños, Almaraz, & Maderuelo, 2005).

Las demandas de los pacientes podrían agruparse en 2 grandes bloques: la relación con los profesionales y los temas relacionados con la estructura, considerando en esta última aspectos como la accesibilidad y la organización de los centros, la cartera de servicios y otros elementos.

Los problemas en la relación sanitario-paciente son difíciles de resolver debido a una cuestión de fondo relacionada con drásticos cambios vividos en la organización de los servicios y en la relación de la sociedad con el sistema sanitario. Dentro del componente estructural, la accesibilidad y la organización son campos en los que se puede obtener resultados. Para ello, y también para valorar la introducción de nuevos servicios u otros cambios estructurales, los grupos de trabajo, las clásicas comisiones de calidad, son el instrumento al que recurrir para trabajar, disponer de información y preparar propuestas que se puedan llevar a cabo o ser propuestas a las gerencias.

Estas expectativas están fuera de lugar, bien por desconocimiento del sistema o por haber sido inducidas por informaciones equivocadas y/o interesadas. Las sociedades científicas y las administraciones tienen un papel muy importante, pero el protagonista fundamental es el médico de cabecera, próximo a los pacientes, a quien los anteriores han de dotar de capacitación en habilidades de comunicación, información científicamente contrastada y, sobre todo, tiempo para aplicar esas habilidades y transmitir esa información. Contribuyendo con sugerencias políticas que incidan en recomendaciones en la integración de programas de gestión de calidad que incluyan en conjunto con la participación de los pacientes y demás usuarios.

D. Dimensiones de la calidad de atención

Ante la pregunta ¿De qué forma evalúa el cliente la calidad del servicio?, distintos investigadores han formulado criterios, dimensiones o atributos comunes por los cuales los clientes perciben la calidad del servicio. Cronin y Taylor desarrollaron en 1992 el cuestionario SERVPERF (*service-performance*) con el cual un cliente puede valorar o indicar sus percepciones acerca del desempeño de los servicios. Este cuestionario emplea 22 afirmaciones respecto a las percepciones sobre el desempeño del servicio. Las ventajas del modelo SERVPERF recaen en que (1) se requiere de menos tiempo para la administración del cuestionario; (2) las medidas de valoración predicen la satisfacción mejor que otros instrumentos; y (3) el trabajo de interpretación y el análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo percepciones, eliminando las expectativas. El instrumento SERVPERF se compone de cinco criterios: 1) aspectos tangibles; 2) fiabilidad; 3) capacidad de respuesta; 4) seguridad y 5) empatía. A continuación se desarrolla cada dimensión (Belaid, Bouchenafa, Barich, & Maazouzi, 2015):

- **Aspectos tangibles:** incluye aquellos atributos pertenecientes a elementos físicos tales como equipos, edificios y la apariencia tanto del personal como de los dispositivos utilizados para comunicarse con el consumidor.
- **Fiabilidad:** se relaciona con la capacidad del personal para prestar el servicio de manera confiable y precisa.
- **Capacidad de respuesta:** se refiere al deseo y la voluntad de ayudar a los clientes y brindar un servicio rápido conforman la dimensión de receptividad.
- **Seguridad:** se refiere a que los prestadores del servicio (informados y corteses) inspiran confianza y confianza a sus clientes estableciendo la seguridad. Esta dimensión incluye profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad.

- **Empatía:** es la atención cuidadosa y personalizada que el profesional o la organización brinda a sus clientes. Esta dimensión incluye accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario.

2. - PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

A. Calidad de atención y participación del paciente

La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema (Donabedian, 2001), así como de la promoción de intereses profesionales por parte de los servicios de salud, en las orientaciones a la educación y en el estímulo a la participación tanto de los integrantes del equipo médico como la co-responsabilidad de los usuarios (Fajardo & Hernández, 2012).

La relación entre los pacientes y los profesionales que les atienden, y en general de la sociedad con su sistema sanitario, posiblemente ha cambiado mucho más en los últimos 25 años que en toda la historia de la medicina occidental. Hace sólo dos décadas los pacientes querían ser escuchados. Se ha pasado de la escucha a la información, de la información a la decisión compartida, y ahora hablamos de paciente experto,⁽⁵⁾ de cliente competente⁽⁶⁾ y de cliente consecuente (Aibar, 2005). Hay en marcha cambios que dan al paciente un mayor control sobre su seguridad clínica y por ende mayor participación en lo concerniente a las decisiones sobre su salud (World Health Organization, 2004; Thompson & Hernández, 2012). El paciente también se comporta como sujeto de derechos y se considera con derecho a intervenir, como sujeto activo, en la gestión de su propia salud.

B. Participación del paciente como estrategia de mejora de la calidad

Que la administración sanitaria induzca expectativas a los ciudadanos no es nada nuevo; por ejemplo, lo está haciendo cada vez que publicita la puesta en marcha de nuevos servicios. Pero ahora no se trata de nuevos servicios, sino de algo mucho más ambicioso: todos los sistemas sanitarios desarrollados se están enfocando en conseguir que los ciudadanos sean elementos activos en su propia salud, que asuman un papel y actitud protagonista en las decisiones respecto a su salud (World Health Organization, 2004; Thompson & Hernández, 2012). Las administraciones sanitarias de distintos países, y la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2004), han puesto en marcha programas para mejorar la salud de las poblaciones que conforme se van desarrollando, se ha visto la necesidad de implicar a los propios pacientes en este proceso.

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) de los Estados Unidos lidera una campaña que es toda una declaración de intenciones en cuanto al interés por incorporar a los pacientes y sus familiares como agentes que participan activamente en la consecución de su propio bienestar. La misma OMS, en la ya citada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, ha decidido poner en marcha 6 programas, donde en cierta medida se fomenta el papel activo que deberían tener los pacientes como reflejo del ejercicio de su autonomía. En España, un comité de expertos, a instancias de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Thompson & Hernández, 2012), ha elaborado un informe con 28 recomendaciones para la seguridad de los pacientes y la gestión de los riesgos sanitarios, que incluyen puntos como “el establecimiento de un nuevo sistema de participación de los pacientes y sus instituciones en la gestión del riesgo” e “invertir en tecnología de comunicación e información que proporcionen servicio a la gestión, la clínica y los pacientes” (Palacio & Silvestre, 2006).

Vemos, pues, que este fomento del papel activo de los pacientes está en plena expansión y que todas las administraciones quieren incorporar activamente a los ciudadanos en la gestión de su salud. Eso significa que los ciudadanos están tomando conciencia del problema y de su capacidad para implicarse, y que esto se trasladará a muchos contextos sanitarios.

¿Cómo se ha de promover la participación del paciente en los aspectos relacionados con su seguridad y por ende en su salud? Parece sensato esperar que se desarrollen, al menos, las siguientes líneas de actuación:

- Difusión e implicación de los profesionales: todos los profesionales de salud han de conocer las políticas y los programas dirigidos al paciente, asumirlas y participar en ellas como elementos activos.
- Implicación de los pacientes: la consulta debe ser un espacio que impulse la participación del paciente como elemento fundamental en su propia salud. Los profesionales han de implicarse en promover en los pacientes la cultura de seguridad y fomentar en ellos actitudes como podrían ser las siguientes: Acudir a la consulta con una relación de los temas que quiere tratar. Preguntar con total libertad todo lo relacionado con el proceso diagnóstico y terapéutico. Asegurarse de que se ha entendido todo bien. Ir acompañado si se considera necesario. Mantener una relación permanentemente actualizada de todos los medicamentos que toma, con la colaboración del equipo asistencial y del farmacéutico. Los errores de medicación son un punto clave. Asegurarse de que su médico de cabecera reciba un informe de los especialistas que lo han visitado y de que lea esos informes. Recibir información sobre su enfermedad, bien directamente o proporcionándoles enlaces de calidad donde puedan complementar su información.

La participación de los pacientes en los temas relacionados con su salud es un campo emergente y que ha de desarrollarse de manera importante en los próximos años, hasta quedar incluido de forma natural en la cultura de la atención. Los profesionales deben, pues, conocerlo, asumirlo e impulsarlo en su quehacer diario. En suma los pacientes son cada vez más activos en su relación con el sistema sanitario. En la actualidad, su participación como corresponsables en su seguridad clínica está tomando una gran importancia (López, 2006).

C. Modelo de relación clínica centrada en el paciente

Desde los orígenes de la medicina hasta nuestros días se han producido importantes cambios conceptuales tanto en el concepto de enfermedad (López, 2006), como en la relación de sus principales protagonistas, el médico y el paciente (Lázaro & García, 2006). La relación médico-paciente no puede ser vista como algo aislado sino como algo que opera dentro de un amplio contexto social. Presentamos el modelo propuesto por Gallagher y Levinson (Lázaro & García, 2006), donde se propone un esquema de las influencias que afectan dicha interacción, constituido por un círculo formado por un núcleo central y otro periférico. En su interior se sitúan los miedos, creencias, actitudes y experiencias anteriores de médicos y pacientes. En ellas se fundamentan la confianza y expectativas previas con que ambos acudirán a las consultas. La confianza mutua y el grado de expectativas que tengan los médicos y pacientes, generan un determinado clima relacional y propician que se produzcan los resultados esperados. En el exterior del círculo, nos encontramos con el complejo sistema sanitario cuya unión es indisoluble de la relación médico-paciente. Este modelo se retroalimenta de las experiencias previas, de modo que un paciente que haya tenido un alto nivel de satisfacción en una visita acude a la siguiente consulta con más expectativas y confianza. Según vemos las interacciones que se produzcan durante el encuentro clínico influirán en los resultados obtenidos. Estas interacciones han sido analizadas por diferentes grupos de investigadores

mediante numerosos estudios (Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989; Carter, Inui, Kukull, & Haigh, 1982; Stewart, 1995; Mead & Bower, 2002) que han puesto en evidencia cómo una comunicación efectiva: 1) genera confianza (Thom & Campbell, 1997), 2) reduce el estrés emocional de los pacientes (Thom & Campbell, 1997; Alamo, Moral, & Pérula, 2002), 3) facilita las condiciones en el proceso de diagnóstico médico (Carney, y otros, 1999) 4) afecta en el manejo de decisiones médicas (Wagner, Barrett, Barry, Barlow, & Fowler, 1995), 5) consigue mejora en los resultados de salud (Greenfield, Kaplan, ware, YAno, & Frank, 1988) 6) evita litigios legales (Levinson, Roter, Millooly, Dull, & Frankel, 1997), 7) aumenta la probabilidad que el paciente siga las recomendaciones de tratamiento (Kaplan, Greenfield, & Ware, 1989) y 8) produce aumento de la satisfacción del médico y paciente (Joosten, y otros, 2008; Williams, Weinman, & Dale, 1998).

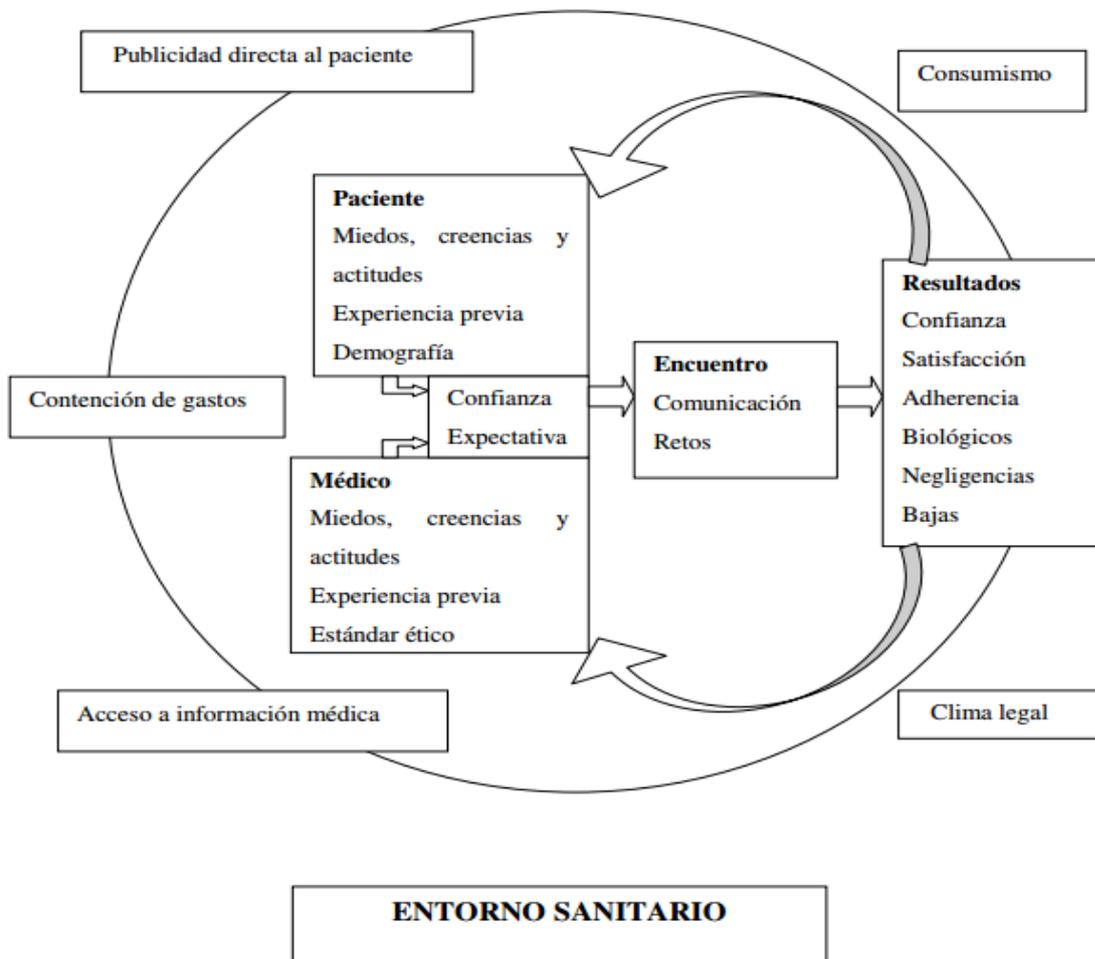


Figura N° 3. Modelo contextual de relación médico-paciente de Gallagher y Levinson. Adaptado de Fajardo & Hernández (2012). La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria.

A pesar de la existencia de todas estas evidencias, la formación de los profesionales de la salud dedica escaso tiempo a la enseñanza de las herramientas necesarias para establecer una adecuada relación entre profesional de la salud con su paciente (Blumenthal & Thier, 1996). Más aún si tenemos en cuenta que los objetivos básicos de toda relación clínica son: dar respuesta a las necesidades de los pacientes, ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar (Stewart, *et al.*, 1995).

Además de las tareas que conviene realizar en los encuentros clínicos, se han descrito distintas aproximaciones teóricas basadas en los roles que asume cada individuo. En 1951, el sociólogo Talcott Parsons describía el rol del paciente como pasivo (Parsons, 1951). Con posterioridad Szasz y Hollender (1956) determinaron 3 tipos de relación: activo-pasiva (el profesional de la salud tiene toda la autoridad), consejo-cooperación (el profesional de la salud es algo directivo y el paciente coopera) y participación-mutua (colaboración activa entre el profesional de la salud y su paciente en la que los pacientes asumen más responsabilidades en su cuidado). Este último tipo de relación fue promovida por el movimiento “*consumer*” (consumidor) de la década de los 60 y 70. En 1992, Emanuel y Emanuel (1992), por su parte, plantearon los tipos de relación como: paternalista, deliberativa, interpretativa e informativa.

En los últimos años, hemos podido asistir a una transformación desde un modelo de relación predominante biomédico, paternalista, y centrado en la enfermedad (Bryne & Long, 1976), a la progresiva incorporación de un modelo biopsicosocial (Engel, 1980), centrado en el paciente, (Levenstein, 1986) donde se trata de atender las necesidades de cada persona y se incorporan estas últimas al proceso de la consulta. Dicho modelo implica para el profesional de la salud la consideración de cada paciente como un ser único, una actitud de escucha activa abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas (Epstein, Campbell, Cohen, McWhinney, & Smilkstein, 1993). La comunicación centrada en el paciente (Ruiz & Luna, 1992), puede lograr que este perciba que ha encontrado puntos comunes con su médico, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada.

Parece, por tanto, que esta comunicación centrada en el paciente requiere que el médico disponga de una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer, tanto la perspectiva del paciente respecto a su enfermedad, como las posibilidades de comprometerlo

en su abordaje activamente (compartir la comprensión y el poder) (Stewart, *et al.*, 1995). A pesar de que el modelo biopsicosocial puede presentar limitaciones (Bass, *et al.*, 1986) tanto teóricas como prácticas, existen evidencias que demuestran que, tanto compartir decisiones y ofrecer distintas posibilidades terapéuticas, como llegar a acuerdos, produce una mejora de resultados de salud (Bass, *et al.*, 1986). Diferentes estudios descriptivos realizados muestran cómo los profesionales de la salud, en su mayoría médicos, utilizan estilos paternalistas y prescriptivos que traen consigo una escasa participación del pacientes (Tardáguila, *et al.*, 2008); asimismo, no se exploran su emociones y las expectativas o aspectos psicosociales (Ruiz, Pérez, Pérula, & Torre, 2006; Ruiz, Rodríguez, Pérula, & Prados, 2002). La participación del paciente es una de las claves principales en el llamado "abordaje centrado en el paciente", y los enfoques prácticos propuestos para este tipo de comunicación son similares a los recomendados para la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

D. Modelos de toma de decisiones

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales sobre la inclusión del paciente en la toma de decisiones sin que existan escalas validadas para su medición (Entwistle & Watt, 2006; De Haes, 2006). Estos, en vez de centrarse en un menú de opciones de tratamiento y la selección posterior de la opción más adecuada, destacan la importancia del punto de vista de los médicos, de su relación con el paciente y los esfuerzos y contribuciones que ambos hacen en relación a la toma de decisiones. En este sentido podría interpretarse que los médicos y demás profesionales de la salud que están motivados y estimulan la participación del paciente, logran una implicación mucho más activa de este o, al menos, una mejora en su actitud, que aquellos que recitan un menú de opciones de forma mecánica o para evitar demandas legales.

De todos modos, aunque no dispongamos de una definición unánime y concisa de lo que realmente significa la inclusión del paciente en la toma de decisiones podemos acercarnos al

concepto desde un punto de vista más general (Moumjid, Gafni, Brémond, & Carrère, 2007; Davis, *et al.*, 2003). La toma de decisiones compartidas se ha descrito dentro de un espectro de interacción médico paciente. Según la aproximación de Charles *et al* (1999) se pueden considerar tres actividades principales para determinar el modelo de relación médico paciente:

- Transferencia de información.
- Deliberación.
- Decisión de tratamiento.

Según se desarrollen estas tres actividades, podemos definir tres modelos de relación. En un extremo encontramos un modelo paternalista (Parsons, 1951), donde el médico hace lo que cree es mejor para el paciente sin tener en cuenta sus preferencias. En el extremo opuesto, la decisión informada (Quill & Brody, 1996), donde el médico ofrece la información pero no consejo ni orientación al paciente y donde la responsabilidad de la decisión recae en este. En el punto medio del mismo, nos encontraríamos con la toma de decisiones entre el médico y el paciente, donde ambos exponen sus valores y preferencias de tratamiento (Elwyn, Edwards, Kinnersley, & Grol, 2000). Dentro de este punto intermedio, se encuentran constructos con connotaciones parecidas, como los siguientes: toma de decisiones informadas, concordancia, opciones del paciente basadas en la evidencia, aumento de autonomía y participación mutua.

En suma, actualmente se puede considerar que existen tres modelos de toma de decisiones que se diferencian por los distintos roles que los profesionales sanitarios y sus pacientes asumen:

- Modelo paternalista: el profesional sanitario decide por el paciente y lo deja fuera del proceso de la toma de decisión (Quill & Brody, 1996; Jiménez, *et al.*, 2012).
- Toma de decisiones compartida: las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente (Jiménez, *et al.*, 2012).

- Decisión informada: el profesional sanitario informa sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir. El sanitario es un mero transmisor de información (Moumjid, Gafni, Brémond, & Carrère, 2007).

Los diferentes modelos no son compartimentos estancos o inalterables. El paciente puede necesitar pasar de un modelo a otro en función del momento (Moumjid, Gafni, Brémond, & Carrère, 2007). La decisión compartida incluye tres elementos esenciales: Intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario, deliberación sobre las distintas opciones, y el hecho de llegar a una decisión consensuada.

En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos, así como información acerca de los riesgos y beneficios de una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud (Jiménez, *et al.*, 2012; Ruiz & Perestelo, 2012; Bosh, 2012).

En suma, es posible mencionar que la promoción de la participación del paciente en la toma de decisiones tiene una importante justificación moral y ética, y para hacer una buena práctica, cualquier profesional sanitario debería contemplarla. La toma de decisiones compartida es un proceso orientado a conocer las preferencias y necesidades del paciente y capacitarlo para que tome un papel activo en el cuidado de su salud en consonancia con sus deseos. Requiere un intercambio de información entre el paciente y el profesional sanitario, deliberación entre las distintas opciones y llegar a una decisión consensuada. Las herramientas de ayuda a la toma de decisiones pueden ser útiles para informar a los pacientes sobre las opciones disponibles e involucrarlos en el proceso de toma de decisiones. Para que la participación del paciente en la toma de decisiones pase a formar parte de la práctica clínica diaria, debe ser adoptada por la comunidad sanitaria y por los pacientes, estableciéndose como parte de los procedimientos de

trabajo e incluyéndose en los programas educativos y formativos de los profesionales sanitarios.

E. Fundamentos ideológicos, éticos y sociales que apoyan el enfoque participativo en la práctica clínica.

En las últimas décadas se está replanteando el papel que desempeña el paciente en los sistemas sanitarios, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno está llevando a una mayor implicación del paciente en la toma de decisiones. Esta circunstancia se ve reflejada en distintos ámbitos donde el paciente ha pasado de ser un mero espectador a convertirse en el protagonista de su propia salud. Los motivos que han permitido la progresiva inclusión del paciente en la toma de decisiones han sido diversos:

Nivel legislativo

La importancia que tiene la promoción de la participación de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por la misma casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Tal es el caso de General Medical Council de Reino Unido (2001), *Long Term Conditions Alliance*, *US Preventive Services Task Force* (2004) y la propia OMS (2000). La inclusión del paciente en la toma de decisiones en sociedades ha supuesto un cambio que se ha ido implementando de forma gradual y se sigue produciendo en la actualidad. Sus orígenes pueden encontrarse en 1973, cuando se aprobó la primera carta de derechos del paciente por la Asociación Americana de Hospitales (Gracia, 1989). En ella se determinaba el derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles libremente.

Nivel ético

La práctica basada en principios o valores (Petrova, Dale, & Fulford, 2006) se asienta como una de las bases de las iniciativas políticas dentro de la salud mental y como herramienta de otras áreas de salud. Se han establecido los principios éticos de responsabilidad profesional como de “máximos o virtuosidad” y de “mínimos o de deber” (Beauchamp & Childress, 2001). Entre los primeros, según Figueroa (2006), se sitúan los principios de autonomía y beneficencia y, entre los segundos, los de justicia y no maleficencia. Los principios, como bien fundamental que sustentan la inclusión del paciente en la toma de decisiones, son: el principio de beneficencia y el de autonomía (Quill & Brody, 1996). Cada uno de ellos conduce a diferentes decisiones sobre qué información y qué actuación es necesario compartir con los pacientes. Es decir, si se obra basándose únicamente en el principio de beneficencia, las actuaciones están orientadas a un modelo paternalista en que el médico “conoce lo mejor y actúa en consecuencia”, limitando la capacidad de decisión del paciente y no incorporando sus preferencias. Por otro lado, si se obra teniendo en cuenta de forma aislada el principio de autonomía, la actuación del médico quedaría relegada a simple dispensador de información. Sin embargo, se pueden conjugar esos dos principios. Así, en la visión propuesta por el modelo centrado en el paciente, el médico juega un papel de experto que asesora. De este modo, obliga al profesional a determinar cuáles son las preferencias o deseos del paciente para evitar crear daño, por lo que la decisión de lo beneficioso para el paciente tendría que ser tomada por deliberación conjunta.

En resumen, es evidente que para una correcta y completa valoración de la idoneidad de las conductas del médico en la promoción de un grado de participación adecuado, además de las conductas del profesional, será preciso tener en cuenta otros condicionantes externos que pueden matizar el desarrollo de este proceso en una consulta. Solo así será posible acercarnos

al grado de responsabilidad ética que el profesional, mediante un comportamiento determinado, está asumiendo en este proceso (Wirtz, Cribb, & Barber, 2006).

Nivel social

Se han descrito algunos cambios en los hábitos y roles sociales que están promoviendo el tránsito de un paciente pasivo a uno activo (Jovell, Navarro, Fernández, & Blancafort, 2006), y por ende más participativo en cuanto a las decisiones sobre su salud. Entre los factores que promueven la transición de un paciente pasivo a activo se encuentran:

- Nivel educativo más elevado.
- Cobertura de los temas sanitarios en los medios de comunicación.
- Cambios en la estructura de la familia y en los roles.
- Mayor acceso a la información sanitaria.
- Adopción del rol de usuario y de cliente-consumidor.
- Aparición de la Sanidad en la agenda política.
- Modificación de las expectativas existentes.

La información sobre salud que antaño era proporcionada por el profesional sanitario de forma prácticamente exclusiva, actualmente es, en parte, reemplazada por distintas fuentes: medios de comunicación, publicidad, internet y asociaciones de pacientes. Dicha información puede ser incorporada al usuario de forma activa, mediante búsqueda, o pasiva, como información subliminal al realizar otro tipo de actividades

La participación requiere una actitud, un interés y, sobre todo, una formación que permita a la persona conocer el campo de actuación, las perspectivas, las alternativas y las posibilidades ligadas al hecho mismo de participar en aspectos relacionados con la salud. Las revistas médicas están reflejando estos cambios sociales, dotando de mayor presencia de artículos

relacionados con una mayor implicación de los pacientes en las consultas médicas. Al consultar diversos descriptores relativos al tema como: “*shared decision making*”, “*decision aids*”, “*informed decision*”, aparece gran cantidad de información asociada tanto para los profesionales como para otro tipo de usuarios.

La toma de decisiones compartida es un estilo de relación entre el profesional sanitario y el paciente que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada. La participación del paciente en la toma de decisiones precisa un cambio en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una relación más colaborativa, donde la opinión del paciente (y sus familiares) comporta ceder parte del control de la consulta, un trabajo de negociación continuado, y si nos atenemos a respetar las decisiones del paciente, un claro ejercicio que le permita ejercer su autonomía, lo que constituye un imperativo ético (Bosh, 2012).

F. Atención de la paciente en el puerperio inmediato

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de la Salud Materna, que tiene como objetivo principal lograr un manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna, en el marco de los derechos humanos, con el enfoque de género e interculturalidad. Lo establecido en la presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos del Sector Salud (del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Locales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y Privados) a nivel nacional, lo cual también aplica para el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Fundamento legislativo

- La Norma Técnica de Salud para la atención integral de la Salud Materna tiene como principales bases legales:
 - Ley General de Salud N° 26842.
 - Ley del Ministerio de Salud N° 27657.
 - Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 032- MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar".
 - Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA, aprueba la Modificación de la Conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional; Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud".
 - Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".
 - Resolución Ministerial N° 660-2007/MINSA, modifican el Reglamento del Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal. Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva". Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015". Resolución Ministerial N° 223-

2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales" (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Atención en el puerperio inmediato

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de la Salud Materna, el puerperio inmediato comprende las primeras dos horas posparto, la realiza el médico gineco-obstetra, médico cirujano o profesional de obstetricia y en el puerperio post quirúrgico por el médico anesthesiólogo, médico gineco-obstetra, médico cirujano y profesional de enfermería. Durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es importante monitorizar la hemostasia uterina considerando los siguientes aspectos:

- Realizar la vigilancia estricta de la puérpera cada 5 minutos durante estas dos primeras horas, controlando:
 - Signos vitales
 - Contracción uterina
 - Sangrado vaginal
- Revisar la episiorrafia para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
- En este periodo la puérpera debe estar con su recién nacida/o sin no presenta complicaciones o signos de alarma.
- En caso de preeclampsia severa/eclampsia, sepsis o hemorragia, dar la atención inmediata dependiendo de cada clave, identificar cada causa, estabilizar funciones vitales, iniciar el tratamiento y de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento o si el caso lo requiere, deberá ser referida a un nivel superior de complejidad (FONE o FONI) y asegurar su recepción en el establecimiento a donde está referida.

- Si no se producen complicaciones, al terminar este periodo, la puérpera debe trasladarse a la sala de hospitalización puerperio y garantizar el alojamiento.
- En los casos post cesárea se procederá según las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas, vigentes (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Dimensiones de la atención en el puerperio

Orientación sobre signos de alarma

En la sala de puerperio, internamiento u hospitalización (después de dos horas hasta completar el primer día).

- Debe ser atendida por un profesional con competencias según nivel de capacidad resolutive del establecimiento.
- Indicar el traslado e ingreso a sala puerperio o internamiento y garantizar el alojamiento conjunto de puérpera normal o con patología y estable.
- Vigilar durante este periodo hasta el alta, cada 30 minutos durante la tercera hora, y cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora; y luego cada 6 horas, los:
 - Signos vitales
 - Contracción uterina
 - Sangrado vaginal
 - Episiorrafia o sutura perineal para descartar la formación de hematomas y/o edemas.
 - Informar sobre los signos de alarma durante el puerperio de la madre.

Deambulaci3n precoz

El promover la deambulaci3n precoz en la sala de hospitalizaci3n (sobre todo al momento del egreso) es otra de las actividades que el profesional con competencias en la atenci3n del puerperio debe realizar. Es importante mencionar que la trombosis venosa profunda es debida a la estasis del embarazo y al estado hipercoagulable por efecto del estr3geno. Para evitar este problema es importante la deambulaci3n temprana. Se ha demostrado que la deambulaci3n temprana reduce de la incidencia de tromboembolismo ya que activa la circulaci3n de retorno, favorece la funci3n intestinal y vesical, restablece la tonicidad de los m3sculos abdominales, y adem3s favorece el derrame loquial (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008).

Planificaci3n familiar

Uno de los objetivos m3s importantes dentro de la atenci3n puerperal es brindar la orientaci3n/consejer3a y provisi3n del m3todo de planificaci3n familiar elegido por la pu3rpera. El prop3sito de la anticoncepci3n posparto (vaginal/ces3rea) implica las siguientes actividades:

(102)

- Ampliar el intervalo intergen3sico a por lo menos dos a3os.
- Evitar el embarazo no deseado o no planificado.
- Mejorar la calidad de vida.
- Elevar su autoestima y autocuidado.
- Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna-perinatal.

Cita postparto

La cita postparto tiene por objetivos:

- Favorecer la relación entre la madre, su recién nacido, el padre y la familia dando facilidades fuera del horario de visita establecido.
- Brindar atención diferenciada y apoyo emocional a las puérperas que han sufrido la pérdida (fallecimiento) de su recién nacida/o. Se recomendará la supresión de la lactancia por medios disponibles. Se debe brindar atención diferenciada a puérperas adolescentes, apoyando el alojamiento conjunto y la aceptación del proceso de maternidad.
- En caso de evolución satisfactoria, se puede dar de alta a la puérpera cuando hayan transcurrido al menos 24 horas de observación posparto y mínimo 48 horas en puérperas adolescentes.
- Entregar contenidos educativos necesarios, en forma apropiada y de fácil comprensión.
- Entregar el certificado de recién nacido vivo, realizando el registro del certificado del Recién nacido en línea inmediatamente para la obtención del DNI.
- En caso de defunción fetal, entregar el certificado correspondiente, procurando la autorización de los familiares para la realización de la necropsia.
- Entregar al momento del alta el carné prenatal con los datos completos de la atención, en los casos de referencia realizar la contrarreferencia oportuna y completa al nivel de atención que corresponde.
- Indicar y orientar sobre la cita para la atención de puerperio por consulta externa, haciendo coincidir la fecha con la cita de atención del recién nacido (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

En la presente investigación se elaboró un cuestionario para evaluar la participación de las púerperas en la atención postnatal denominado “Cuestionario de participación”, las dimensiones fueron planificación familiar, deambulacion precoz, orientacion sobre signos de alarma e indicacion de cita postparto en concordancia con la cita del recién nacido; las cuales tienen como fundamento lógico las acciones que establece la Norma Técnica de Salud para la atención integral de la Salud Materna para el puerperio inmediato (Ministerio de Salud del Perú, 2013).

Marco conceptual

- **Atención de calidad** según Avedis Donabedian es “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (Aguirre, 2002). Según *International Organization for Standardization* (ISO) la "calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (International Organization for Standardization, 1989).
- **Relación médico-paciente:** “es una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que ocurre en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético [...] relación de amistad que se establece entre el médico y su paciente con vistas a la curación, alivio y apoyo en la enfermedad” (Rodríguez, 2008).
- **Atención de embarazo, parto y puerperio:** “conjunto de procedimientos para la atención de la madre durante el embarazo, la labor de parto, la expulsión del producto y sus anexos, y el periodo que transcurre desde ese momento hasta 42 días después” (Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, 2012).
- **Accesibilidad:** “condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas,

climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio” (Fajardo, Diccionario terminológico de administración de la atención médica, 1986).

- **Atención médica:** según la Organización Mundial de la Salud es “el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas y sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno y de rehabilitación, de prevención médica y de fomento de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2000).
- **Calidad:** según la Organización Internacional de Normalización es el “grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria” (Organización Internacional de Normalización, 2005).
- **Calidad de la atención médica:** es la “propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura, proceso y resultados; repercute en la satisfacción del usuario” (Rodés & Guardia, 2004).
- **Participación:** según la Real Academia de la Lengua Española la participación es la “acción y efecto de participar”, en esta definición aparentemente simple, se encuentran tres conceptos. Según la RAE la palabra participar significa “tomar parte de algo”, si se habla de acción nos referimos al ejercicio de hacer y por el término efecto se debe entender aquello que sigue por virtud de una causa, es decir, el fin para lo que se hace algo (Real Academia Española, 2014). Por lo anterior se puede decir que participación es un proceso, que incluye la posibilidad de hacer, al tomar parte de algo, con la finalidad de provocar una reacción, participar entonces debe ser comprendida como una causa y como una consecuencia.

- **Puerperio:** se llama puerperio al “tiempo que se extiende desde la terminación del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. Este total restablecimiento de todos los órganos y sus funciones a sus proporciones normales no se consigue antes de las seis u ocho semanas” (Botella & Clavero, 1993).
- **Puerperio inmediato:** comprende las primeras dos horas posparto (Ministerio de Salud del Perú, 2013).
- **Gestión de la Calidad:** es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante planificación, garantía y mejoramiento de la calidad (Ministerio de Salud del Perú, 2011).
- **Sistema de Gestión de la Calidad en Salud:** es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector, públicos y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y la gestión (Argimón, Jiménez, & Jiménez, 2013).
- **Mejoramiento Continuo de la Calidad:** es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia (Ministerio de Salud del Perú, 2011).

Hipótesis

Hipótesis general

La participación de puérperas influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

Hipótesis específicas

- Más del 50% de las puérperas tienen un grado de participación baja durante la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

- Más del 50% de las puérperas se encuentran insatisfechas por la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

- Las puérperas inmediatas con mayor participación presentan mayor nivel de calidad de atención posnatal a diferencia de las puérperas inmediatas con menor grado de participación en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

CAPÍTULO III. MÉTODO

1. Tipo

Observacional, pues en este tipo de estudios “el factor de estudio no es controlado por los investigadores, sino que estos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos” (Argimón, Jiménez, & Jiménez, 2013), en este caso las variables fueron participación y calidad de atención postnatal.

2. Diseño de investigación

Según la finalidad del estudio la presente investigación fue Analítica relacional.

Según la cronología de los hechos el presente estudio fue Prospectivo.

Según la secuencia temporal la presente investigación fue Transversal.

3. Estrategia de prueba de hipótesis

Hipótesis nula (Ho): La participación de puérperas no influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

Hipótesis de investigación (Hi): La participación de puérperas influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

4. Variables:

a) Variable independiente:

Participación de la puérpera.

b) Variable dependiente

Calidad de atención postnatal.

c) Variable interviniente

Características sociodemográficas

Operacionalización de variables

Variables		Definición operacional	Dimensión	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías	Instrumento de recolección de datos
Variable independiente	Participación de la puérpera.	Grado de participación en lo concerniente a la toma de decisiones sobre su salud.	Planificación familiar	Cualitativa	Ordinal	Baja Media Alta	Cuestionario de participación de la puérpera.
			Deambulación precoz	Cualitativa	Ordinal		
			Indicación de cita postparto en concordancia con la cita del RN	Cualitativa	Ordinal		
			Orientación sobre signos de alarma	Cualitativa	Ordinal		
Variable dependiente	Calidad de atención postnatal.	Nivel de calidad de atención percibida en la atención postnatal evaluada mediante un cuestionario.	Capacidad de respuesta	Cualitativa	Ordinal	Ampliamente insatisfecho Muy insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho Ampliamente satisfecho	Cuestionario de calidad de atención SERVPERF.
			Empatía	Cualitativa	Ordinal		
			Seguridad	Cualitativa	Ordinal		
			Fiabilidad	Cualitativa	Ordinal		
			Aspectos tangibles	Cualitativa	Ordinal		
Otras variables de estudio	Características sociodemográficas	Caracterización social y demográfica del perfil de la puérpera en lo concerniente a su edad, estado civil y grado de instrucción.	Edad	Cuantitativa	Razón	En años	Ficha de recolección de datos
			Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera, conviviente, casada, viuda, otro	
			Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Sin instrucción, primaria, secundaria, superior	

5. Población

819 pacientes puérperas inmediatas que reciben atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” durante los meses de abril a junio del año 2017.

Según las estadísticas del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” se atienden 273 partos al mes, durante el periodo de estudio se contó con una población aproximadamente de 819 puérperas inmediatas.

- **Unidad de análisis:** Paciente puérpera inmediata que recibió atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” durante los meses de abril a junio del año 2017.
- **Unidad de información:** Encuesta.
- **Tipo de muestreo:** Muestreo probabilístico, la técnica de muestreo fue sistemático, es decir, se seleccionaron las unidades de análisis en intervalos, se seleccionó una paciente cada k pacientes hasta completar el tamaño de la muestra ($k=819/109=7,51\approx 8$).

6. Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de población finita, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 7%. Se obtuvo un tamaño de 109 puérperas inmediatas.

Se utilizó la fórmula para una población finita con los siguientes parámetros:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Dónde:

Tamaño de Población:	N=819
Nivel de Confianza (95%):	$Z_{\alpha}=1.96$
Prevalencia de la enfermedad:	p=0.8
Prevalencia sin enfermedad:	q=0.2
Error de precisión:	d=0.07
Tamaño de la Muestra	n = 109

La muestra fue conformada por 109 pacientes puérperas inmediatas que recibieron atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” durante los meses de abril a junio del año 2017.

Criterios de inclusión:

- Puérperas mayores de 18 años de edad.
- Puérperas que recibieron atención postnatal durante su estancia hospitalaria.
- Puérperas de parto vaginal.
- Puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Criterios de exclusión:

- Puérperas que no firmaron consentimiento informado.
- Puérperas que no aceptaron participar del estudio.
- Puérperas con recién nacido que requirieron mayor tiempo de hospitalización por alguna patología.

7. Técnicas de investigación

Técnicas de recolección de datos:

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario (Anexo 1).

Instrumentos de recolección de datos:

Se elaboró un cuestionario para evaluar la participación de las puérperas en la atención postnatal, el cual constó de 13 preguntas cerradas de opción múltiple tipo Likert (de cantidad como 1: nada, 2: Regular, 3: mucho).

La construcción del cuestionario se realizó tomando como base los antecedentes investigativos, la revisión de la literatura sobre el tema (Ayala, 2015; Ruiz, 2005; Ministerio de sanidad, 2014) y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (Botella & Clavero, 1993; Ministerio de Salud del Perú, 2013), ésta última con el propósito de definir los componentes o situaciones donde la puérpera puede ejercer su participación en la atención postnatal. Es necesario mencionar que los “componentes” del cuestionario de participación (planificación familiar, deambulacion precoz, orientación sobre signos de alarma e indicación de cita postparto en concordancia con la cita del recién nacido) que agrupan diferentes ítems (preguntas), no fueron dimensiones teóricas de la participación de las puérperas en el proceso de su atención, sino que se trató de una división didáctica que ayudó a una comprensión sistemática de los resultados.

Además, para la medición de cada ítem se asignó un puntaje a las respuestas utilizando una escala numérica del 1 al 3. Donde una puntuación 1 fue la menor calificación y 3, la mayor calificación. El rango de puntaje obtenido de acuerdo a la sumatoria mínima y máxima de los

ítems del cuestionario de participación se categorizó en 3 intervalos de acuerdo a los siguientes criterios usando percentiles:

- Participación baja (< Percentil 50: 20 puntos)
- Participación media (Percentil 50 y ≤ Percentil 75: 21 – 29 puntos)
- Participación alta (> Percentil 75: 30 puntos a más)

Para la evaluación de la calidad en la atención postnatal se empleó la versión modificada de la escala *Service Performance*, conocida también como SERVPERF, inicialmente propuesta por Cronin y Taylor (1992). Este instrumento consta de 22 ítems que consisten en preguntas cerradas de opción múltiple tipo Likert (1: insatisfacción severa, 2: insatisfacción moderada, 3: insatisfacción leve, 4: satisfacción, 5: satisfacción moderada y 6: Satisfacción amplia) que evaluaron las dimensiones de evaluación de la calidad en la atención postnatal:

- Capacidad de respuesta (ítems del 01 al 03)
- Empatía (ítems del 04 al 06)
- Seguridad (ítems del 07 al 14)
- Fiabilidad (ítems del 15 al 19)
- Aspectos tangibles (ítems del 20 al 22)

Según diversos estudios esta escala ha demostrado altos grados de fiabilidad (coeficiente alpha de Cronbach de 0,909; alpha estandarizado de 0,923) y validez, incluso mayor que otros cuestionarios (Cronin & Taylor, 1992; Cisneros, León, & Lozano, 2013; Duque & Canas, 2014).

Para la interpretación del nivel de satisfacción de la encuesta SERVPERF, se utilizó percentiles, el cual consistió en asignarle un puntaje según la respuesta, 1 para insatisfacción severa, 2: insatisfacción moderada, 3: insatisfacción leve, 4: satisfacción, 5: satisfacción moderada y 6: Satisfacción amplia. Luego, el rango del puntaje obtenido de acuerdo a la sumatoria mínima y máxima de los ítems del cuestionario se categorizó en 5 niveles considerando los percentiles:

- Ampliamente satisfecho (mayor percentil 80 o puntaje 106 a 132)
- Muy satisfecho (percentil 70 a percentil 80 o puntaje 92 a 105)
- Satisfecho (percentil 50 a percentil 70 o puntaje 66 a 91)
- Muy insatisfecho (percentil 25 a percentil 50 o puntaje 33 a 65)
- Ampliamente insatisfecho (menor percentil 25 o puntaje 22 a 32)

Para analizar cada dimensión de la calidad de la atención postnatal el puntaje total por dimensión se sumó y el resultado se clasificó de acuerdo al criterio de clasificación global para así determinar el grado de satisfacción o insatisfacción general de la púérpera con respecto a la atención postnatal que recibió.

Validez y confiabilidad de instrumentos

Se validó los instrumentos mediante juicio de expertos, determinándose la significación estadística de la concordancia entre los evaluadores respecto al instrumento a través de la prueba Binomial con un nivel de significancia del 5%. El formato de apreciación y los resultados de la prueba se encuentran adjuntos en el anexo 4. Para determinar la confiabilidad se realizó un estudio piloto de 15 unidades de estudio, usando el coeficiente Alfa de Cronbach. El cuestionario de participación mostró un coeficiente de 0.76, mientras que el cuestionario de

calidad de atención un coeficiente de 0.84, por lo tanto, ambos resultaron confiables para su aplicación.

Tareas específicas para la recolección de datos

Con el propósito de obtener la información necesaria para efecto de la presente investigación y dar respuesta a los objetivos planteados fue necesario cumplir con las actividades que a continuación se describen:

- En primera instancia se solicitó la revisión y aprobación del proyecto de investigación a la Escuela Universitaria de Postgrado (EUPG) de la Universidad Nacional Federico Villareal, la cual designó un Comité Revisor del Plan de Tesis que culminó la revisión en un plazo de quince días calendarios, al cabo de los cuales hizo llegar su informe y la calificación correspondiente. Se levantaron las observaciones formuladas al proyecto de investigación.
- Aprobado el plan de tesis, la Oficina de Grados entregó al graduando una constancia de haber aprobado el proyecto y se solicitó al Director de la EUPG la designación de un asesor de tesis, quedando el graduando expedito para iniciar su tesis con el apoyo del asesor designado. Se otorgó un plazo de un año como máximo, para asesorar al graduando.
- Seguidamente, se envió una solicitud del proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” con el propósito de obtener los permisos necesarios para la puesta en marcha del presente trabajo de investigación.
- Se identificaron a las puérperas inmediatas que recibieron atención postnatal en los ambientes de hospitalización del Servicio de Obstetricia del HNHU, las mismas que fueron identificadas mediante libro de registros de ingreso hospitalario. Es importante

mencionar que se incluyeron sólo a aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión; asimismo, fue en los ambientes de este servicio donde se dio aplicación a las encuestas previa exposición de los objetivos y firma del consentimiento informado. (Anexo 2)

- Es importante hacer mención que la información fue recolectada por la propia investigadora durante los meses de abril, mayo y junio del presente año, lo cual aseguró en gran medida la veracidad de la información recolectada.
- Una vez terminada la recolección de datos se procedió a su procesamiento, análisis estadístico y la elaboración del informe final de tesis con la asesoría del docente designado por la EUPG. Al terminar el asesoramiento de la tesis y su informe final, el asesor informará a la Dirección de la EUPG de la culminación de su labor y se procederá a la presentación del informe de tesis final.
- El graduando presentará una solicitud a la Dirección de la EUPG, pidiendo la revisión de la tesis, presentando tres ejemplares anillados. La revisión se realizará por el Comité Revisor ratificada por la Dirección de la EUPG.
- El presidente del Comité Revisor con la opinión de sus tres miembros en una máximo 30 días calendarios emitirá su informe al Director de la EUPG, en caso se aprobase la tesis por unanimidad o por mayoría, se proseguirá con el acto de sustentación; sin embargo, en caso hubiesen observaciones de forma y/o fondo, el graduando absolverá las deficiencias indicadas con el propósito de ser declarada procedente y continuar con el acto de sustentación.

Procesamiento y análisis de datos:

Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 23 en español, tomando en

cuenta todas las variables e indicadores, realizándose el análisis univariado y bivariado en el mismo programa estadístico.

Análisis univariado: Para el análisis de las variables cuantitativas se determinaron las medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar, mínimo y máximo). Para el análisis de las variables cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y relativas (%).

Análisis inferencial: El análisis inferencial consistió en determinar la influencia de la participación de puérperas en la calidad de atención postnatal mediante la prueba Chi-Cuadrado, además se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar el grado de correlación entre dichas variables. Ambas pruebas se trabajaron con un nivel de significancia del 5% y se consideró como significativo un valor $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

El hecho que el estudio sea prospectivo implicó la posibilidad de divulgación de cierta información personal de las pacientes puérperas que fueron incluidas; sin embargo, se otorgó con código de identificación (ID) a cada puérpera, permitiendo que sea sólo la investigadora quien pueda identificarlas garantizando la absoluta confidencialidad de la información obtenida de acuerdo a las estipulaciones establecidas en la *Declaración de Helsinki*. Asimismo, la voluntariedad de la participación de las puérperas se consolidó con la firma del consentimiento informado (Anexo 2).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Contrastación de hipótesis

Prueba de Hipótesis General

1. Planteamiento de hipótesis

Ho: La participación de puérperas no influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

Hi: La participación de puérperas influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (Ho). La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de correlación de Spearman.

4. Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor $p=0.467$ el cual es superior a la significancia planteada.

Tabla N° 1. Prueba Chi-cuadrado de asociación entre la Participación y la Calidad en la atención

Pruebas de Chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.661	8	0.467
Razón de verosimilitud	10.130	8	0.256
Asociación lineal por lineal	5.962	1	0.015
N de casos válidos	109		

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 1, debido que el valor $p > 0.05$, no se rechaza la hipótesis nula (H_0). Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que la participación de las puérperas no influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.

Prueba de Hipótesis Específica 1

1. Planteamiento de hipótesis

H₀: Menos del 50% de las puérperas tienen un grado de participación baja durante la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

H₁: Del 50% a más de las puérperas tienen un grado de participación baja durante la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

2. Indicador de participación

Para medir el grado de participación de las puérperas se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas medido en escala Likert, tomando en cuenta la revisión bibliográfica sobre el tema (Aibar, 2005; Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008; International Organization for Standardization, 1989) y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (Beauchamp & Childress, 2001; Rodríguez M. , 2008). Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N° 2. Grado de participación

Participación	N	%
Alta	4	3.7%
Media	54	49.5%
Baja	51	46.8%
Total	109	100%

3. Toma de decisión

En la Tabla N° 2, debido que la proporción de puérperas con bajo nivel de participación fue 46.8% se acepta la hipótesis nula (Ho), por lo que se puede afirmar que menos del 50% de las puérperas tienen bajo grado de participación durante la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017; sin embargo, hay una proporción considerable de puérperas que tienen una participación baja, el cual alcanza el 46.8%.

Prueba de Hipótesis Específica 2

1. Planteamiento de hipótesis

Ho: Menos del 50% de las puérperas se encuentran insatisfechas por la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

Hi: Del 50% a más de las puérperas se encuentran insatisfechas por la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

2. Indicador de la calidad de atención

Para medir la calidad de atención postnatal se utilizó la versión modificada de la escala SERVPERF, inicialmente propuesta por Cronin y Taylor (1992). Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N° 3. Nivel de calidad de atención

Calidad en la atención	N	%
Ampliamente satisfecho	65	59.6%
Muy satisfecho	29	26.6%
Satisfecho	9	8.3%
Muy insatisfecho	3	2.8%
Ampliamente insatisfecho	3	2.8%
Total	109	100%

3. Toma de decisión

En la Tabla N° 3, debido a que la proporción de clientes insatisfechos fue 5.6% se acepta la hipótesis nula (H_0), por lo que se puede afirmar que menos del 50% de las puérperas se encuentran insatisfechas por la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

Prueba de Hipótesis Específica 3

1. Planteamiento de hipótesis

H_0 : Las puérperas inmediatas con mayor participación presentan menor nivel de calidad de atención posnatal a diferencia de las puérperas inmediatas con menor grado de participación, Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

H_1 : Las puérperas inmediatas con mayor participación presentan mayor nivel de calidad de atención posnatal a diferencia de las puérperas inmediatas con menor grado de participación, Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

2. Nivel de significancia

Máximo grado de error que estamos dispuestos aceptar de haber rechazado la hipótesis nula (H_0). La significancia o el error tipo I será el valor convencional del 5% ($\alpha=0.05$).

3. Estadístico de prueba

La prueba estadística para relacionar variables en este estudio fue la prueba de correlación de Spearman.

4. Lectura del error

El cálculo del error se realizó mediante software estadístico SPSS, resultando un valor $p=0.030$ el cual es inferior a la significancia planteada, además un coeficiente de correlación de $r=0.208$.

Tabla N° 4. Prueba de correlación de Spearman entre la Participación y la Calidad de atención

Correlaciones Rho de Spearman		Calidad en la atención
	Coefficiente de correlación	0.208
Participación	Sig. (bilateral)	0.030
	N	109

5. Toma de decisión

En la Tabla N° 4, debido que el valor $p=0.03 < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis del investigador. Es decir, con un máximo error del 5%, podemos afirmar que las puérperas inmediatas con mayor participación presentan mayor nivel de calidad de atención posnatal a diferencia de las puérperas inmediatas con menor grado de participación, Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.

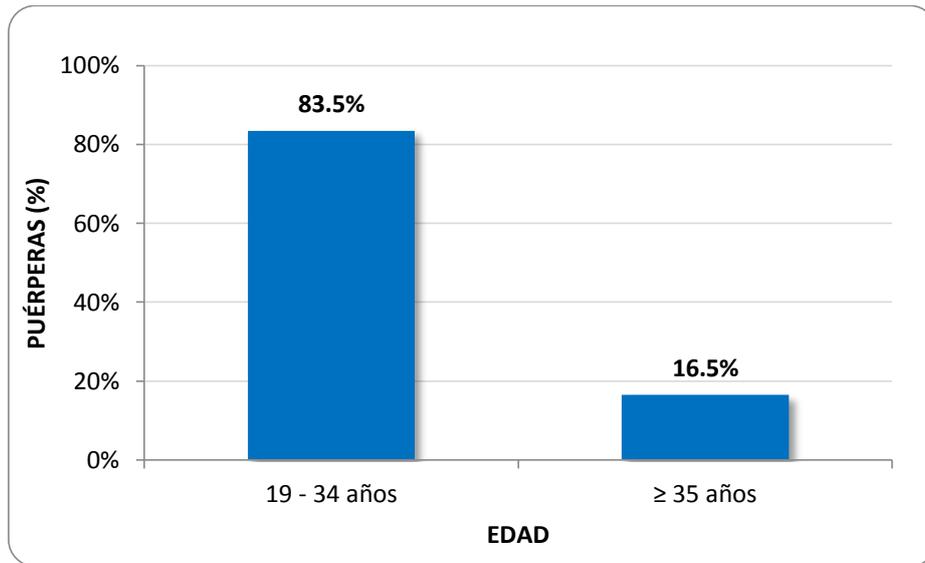
Análisis e interpretación

Tabla N° 5. Características sociodemográficas

Características sociodemográficas		
Edad	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)	
	27.2 \pm 5.9 (19 - 40)	
	N	%
19 – 34 años	91	83.5%
\geq 35 años	18	16.5%
Grado de instrucción		
Primaria	8	7.3%
Secundaria	74	67.9%
Superior	27	24.8%
Estado civil		
Conviviente	85	78.0%
Soltera	17	15.6%
Casada	7	6.4%
Ocupación		
Ama de casa	84	77.1%
Independiente	19	17.4%
Profesional	4	3.7%
Desempleada	2	1.8%
Procedencia		
Lima	60	55.0%
Provincia	49	45.0%
Total	109	100%

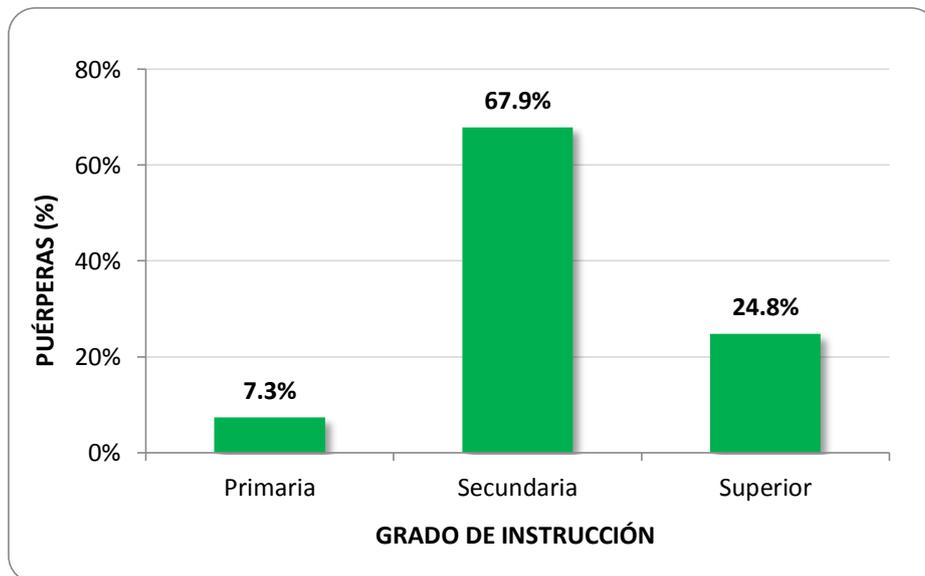
La tabla N° 5 muestra que la edad promedio de las puérperas inmediatas fue 27.2 ± 5.9 años, el 83.5% (91) pertenecieron al grupo etario de 19 a 34 años, el 67.9% (74) tenían educación secundaria, el 78% (85) fueron convivientes, el 77.1% (84) amas de casa y 55% (60) eran procedentes de Lima. (Ver Figura N° 4, 5, 6, 7 y 8)

Figura N° 4. Edad



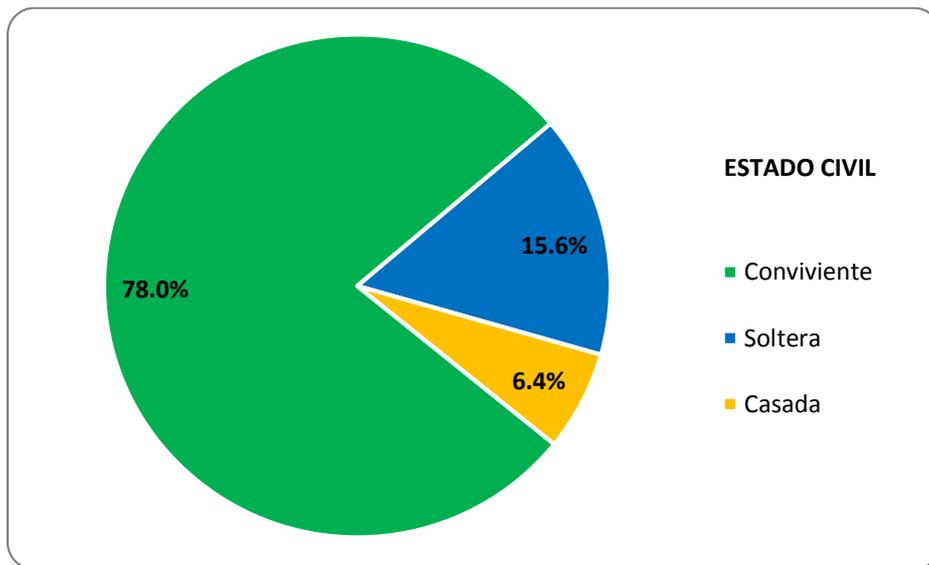
El 83.5% de las puerperas fueron de 19 a 34 años de edad y el 16.5% de 35 años a más.

Figura N° 5. Grado de instrucción



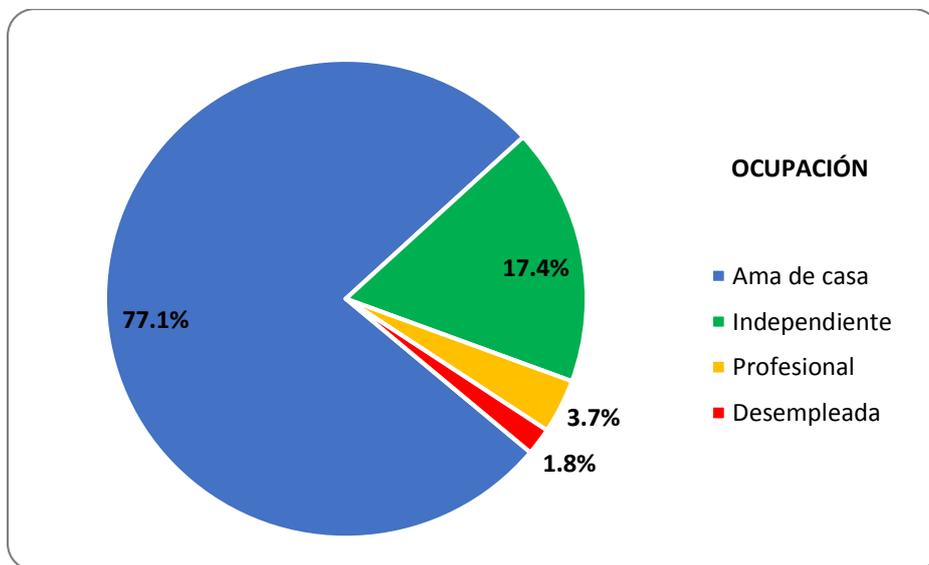
El 7.3% de las puerperas tuvieron solo educación primaria, el 67.9% hasta secundaria y el 24.8% hasta educación superior.

Figura N° 6. Estado civil



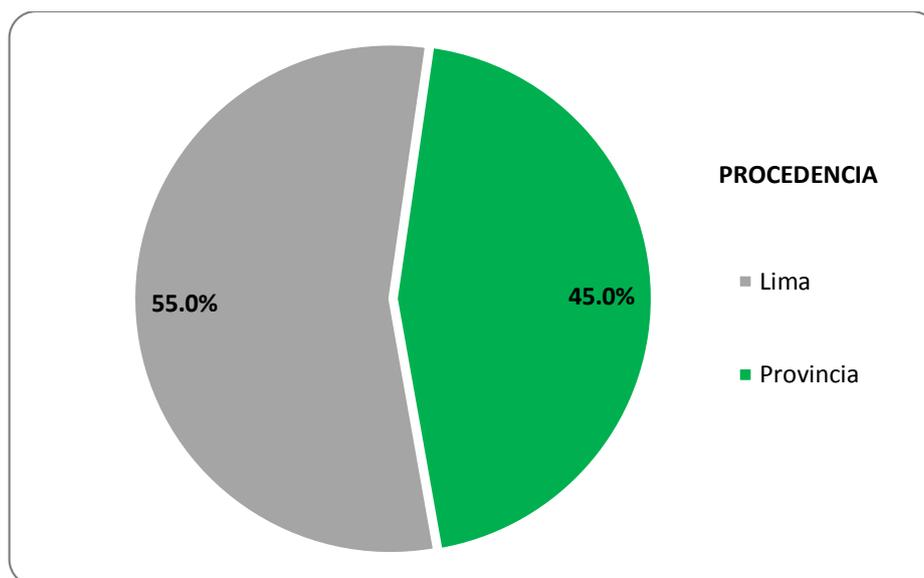
El 78% de las puérperas fueron convivientes, el 15.6% solteras y el 6.4% casadas.

Figura N° 7. Ocupación



El 77.1% de las puérperas fueron amas de casa, el 17.4% independientes, el 3.7% profesionales y el 1.8% se encontraban desempleadas.

Figura N° 8. Procedencia



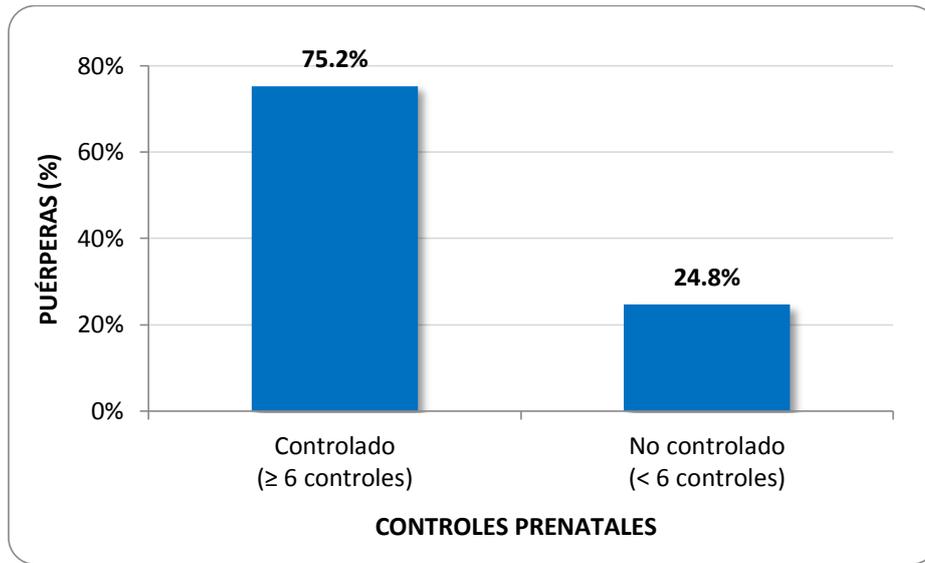
El 55% de las puérperas fueron procedentes de Lima, mientras que el 45% eran de Provincia.

Tabla N° 6. Características obstétricas

Características obstétricas	N	%
Controles prenatales		
Controlado (≥ 6 controles)	82	75.2%
No controlado (< 6 controles)	27	24.8%
Psicoprofilaxis obstétrica (PO)		
Preparada (6 PO)	21	19.3%
No preparada (< 6 PO)	88	80.7%
Paridad		
Primípara	43	39.5%
Segundípara	42	38.5%
Múltipara	24	22.0%
Total	109	100%

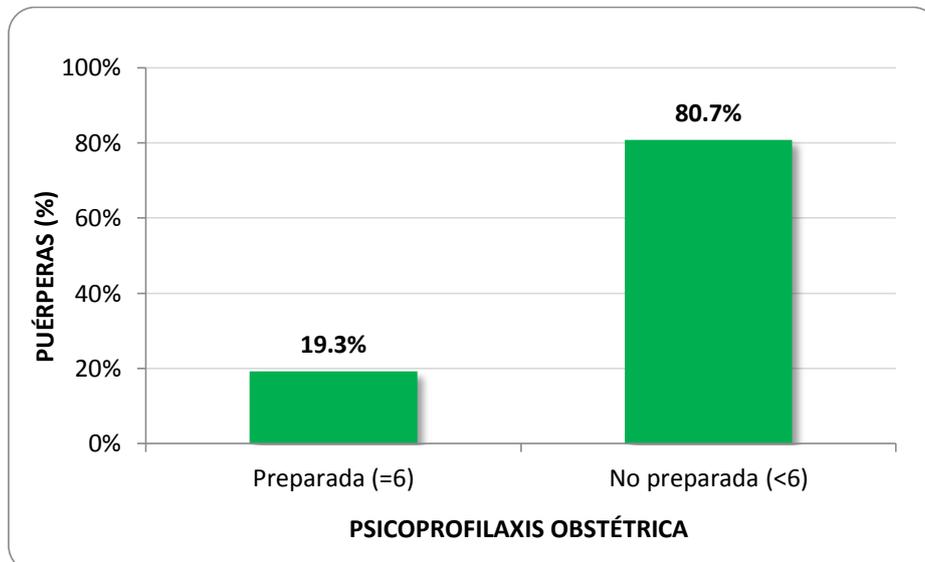
La tabla N° 6 muestra que el 75.2% (82) de las puérperas inmediatas tuvieron controles prenatales adecuados, el 80.7% (88) tuvo profilaxis obstétrica no preparada y el 39.5% fueron primíparas. (Ver Figura N° 9, 10 y 11)

Figura N° 9. Controles prenatales



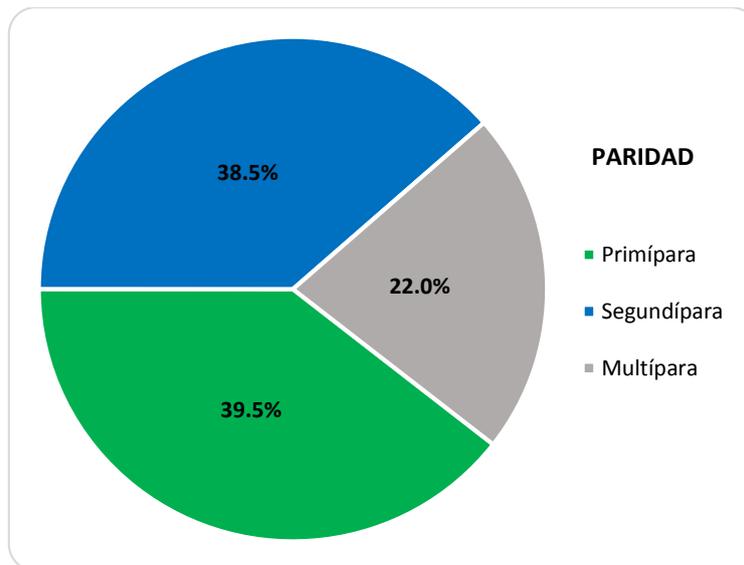
El 75.2% de las puérperas tuvieron 6 o más controles prenatales (Controlado) mientras que el 24.8% menos de 6 controles prenatales (No controlado).

Figura N° 10. Psicoprofilaxis obstétrica



El 19.3% de las puérperas tuvieron 6 profilaxis obstétricas (Preparada) mientras que el 80.7% menos de 6 profilaxis obstétricas (No preparada).

Figura N° 11. Paridad



El 39.5% de las puérperas fueron primíparas, el 38.5% secundíparas y el 22% multiparas.

Tabla N° 7. Participación

Participación y sus componentes	Alta		Media		Baja		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Planificación familiar	44	40.4%	42	38.5%	23	21.1%	109	100%
Deambulacion precoz	0	0.0%	0	0.0%	109	100.0%	109	100%
Orientación sobre signos de alarma	4	3.7%	16	14.7%	89	81.7%	109	100%
Indicación de cita postparto en concordancia con la cita del RN	0	0.0%	14	12.8%	95	87.2%	109	100%
PARTICIPACIÓN	4	3.7%	54	49.5%	51	46.8%	109	100%

La Tabla N° 7 muestra que sólo el 3.7% (4) de las puérperas inmediatas presentaron alta participación, el 49.5% (54) media y el 46.8% (51) baja. Estos niveles fueron determinados principalmente por niveles de participación: alta en Planificación familiar (40.4%), baja en Deambulacion precoz (100%), baja en Orientación sobre signos de alarma (81.7%) y baja en Indicación de cita postparto en concordancia con la cita del RN (87.2%). (Ver Figura N° 12)

Figura N° 12. Participación

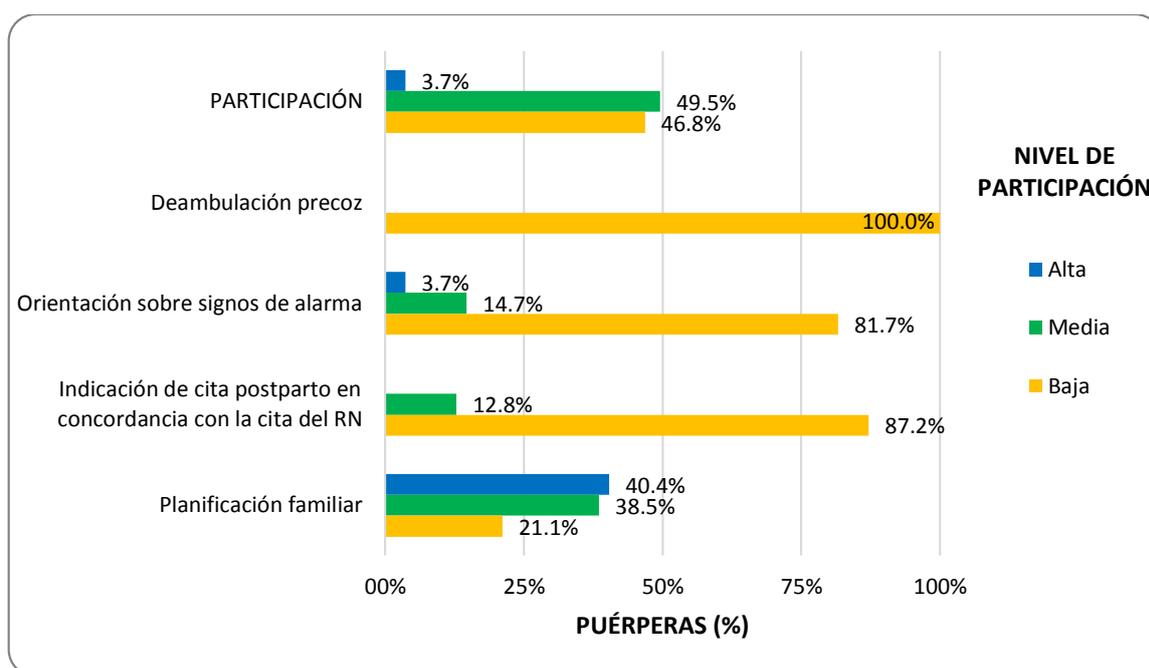


Tabla N° 8. Calidad de atenci3n

Dimensiones de la calidad de atenci3n	Ampliamente satisfecha		Muy satisfecha		Satisfecha		Muy insatisfecha		Ampliamente insatisfecha		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Capacidad de respuesta	61	56.0%	18	16.5%	18	16.5%	9	8.3%	3	2.8%	109	100%
Empatía	51	46.8%	23	21.1%	25	22.9%	7	6.4%	3	2.8%	109	100%
Seguridad	55	50.5%	17	15.6%	31	28.4%	3	2.8%	3	2.8%	109	100%
Fiabilidad	40	36.7%	42	38.5%	20	18.3%	4	3.7%	3	2.8%	109	100%
Aspectos tangibles	47	43.1%	20	18.3%	27	24.8%	12	11.0%	3	2.8%	109	100%
Calidad en la atenci3n	65	59.6%	29	26.6%	9	8.3%	3	2.8%	3	2.8%	109	100%

La Tabla N° 8 muestra que el 59.6% (65) de las puerperas inmediatas se mostraron ampliamente satisfechas con la calidad de atenci3n postnatal, el 26.6% (29) muy satisfechas, el 8.3% (9) satisfechas, el 2.8% (3) muy insatisfechas y 2.8% ampliamente insatisfecho. Esto fue determinado principalmente por un amplia satisfacci3n percibida en las dimensiones Capacidad de respuesta (56%), Empatía (46.8%), Seguridad (50.5%) y Aspectos tangibles (43.1%). (Ver Figura N° 13)

Figura N° 13. Calidad de la atención

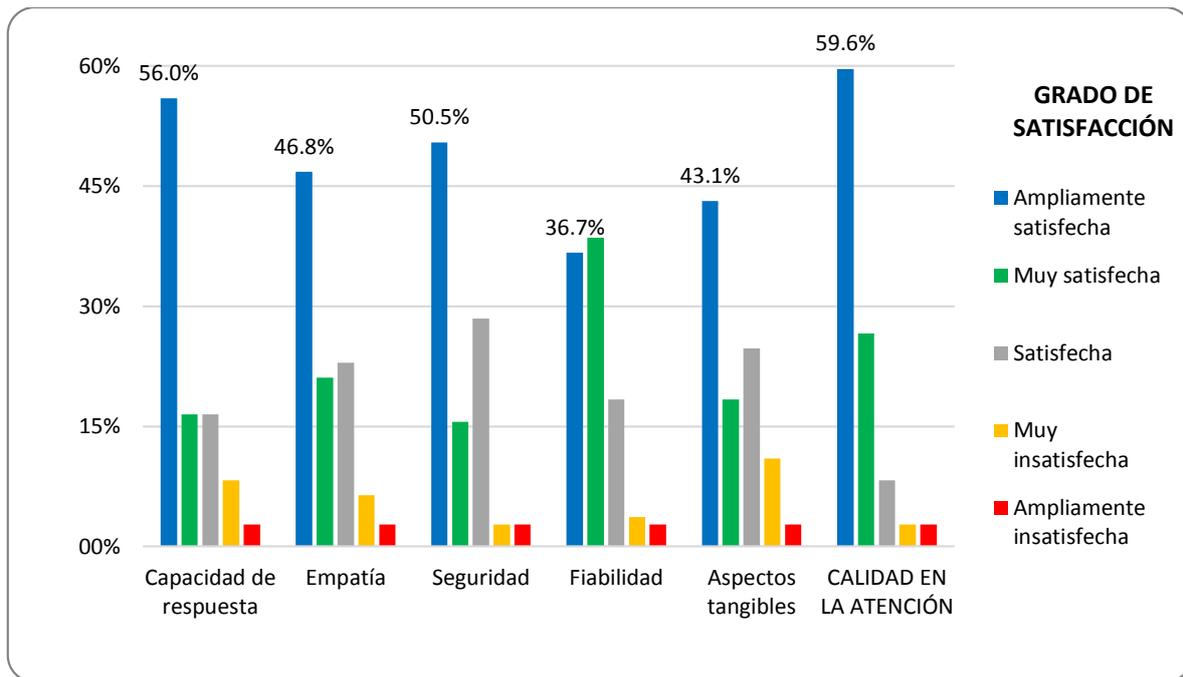


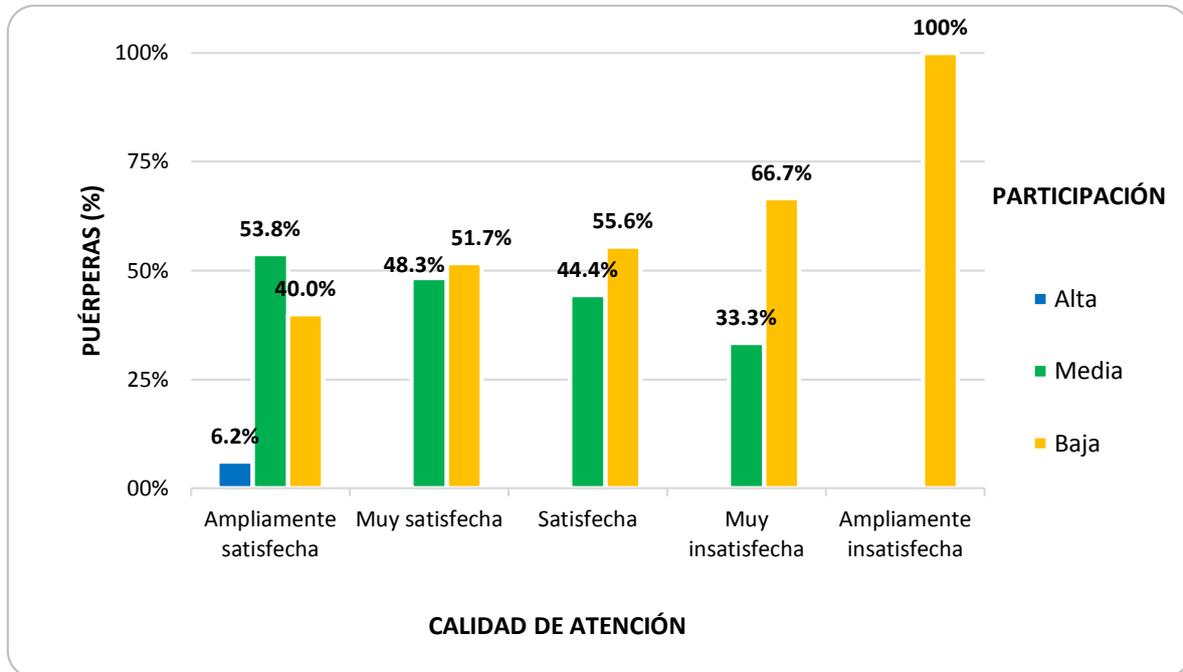
Tabla N° 9. Grado de la participación de la puérpera según el nivel de calidad de atención postnatal

Participación	Calidad en la atención										p*	Rho de Spearman
	Ampliamente satisfecha		Muy satisfecha		Satisfecha		Muy insatisfecha		Ampliamente insatisfecha			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Alta	4	6.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%		
Media	35	53.8%	14	48.3%	4	44.4%	1	33.3%	0	0.0%	0.030	0.208
Baja	26	40.0%	15	51.7%	5	55.6%	2	66.7%	3	100.0%		
Total	65	100%	29	100%	9	100%	3	100%	3	100%		

La Tabla N° 9 muestra que existe correlación significativa ($p=0.030$) entre la participación de la puérpera inmediata y el nivel de calidad de atención postnatal, dicha correlación es leve y positiva ($Rho=0.208$), es decir, a mayor participación mayor satisfacción y a menor participación menor satisfacción. Se observa que el 60% de las puérperas que mostraron amplia satisfacción presentaron participación Alta/Media, por otro lado, el 66.7% y 100% de las

puérperas muy insatisfechas y ampliamente insatisfechas, respectivamente, presentaron baja participación. (Ver Figura N° 14)

Figura N° 14. Participación según calidad de atención postnatal



CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Discusión

En el estudio se identificó que la edad promedio de las puérperas inmediatas que recibieron atención postnatal fue 27.2 ± 5.9 años, el 67.9% tenían estudios secundarios, el 78% fueron convivientes y el 77.1% (84) amas de casa. Además, el 39.8% y 38.5% fueron primíparas y segundíparas, respectivamente.

Estos resultados discrepan a los encontrados por Fernández (2013) quien buscó conocer el grado de satisfacción de las mujeres durante el parto y puerperio relacionado con la atención sanitaria recibida en el Hospital Universitario Central de Asturias en España; encontró que la edad promedio fue 33.23 años, en su mayoría universitarias (55.7%) y casadas (61.4%). Esto indica que, a diferencia de España, las pacientes limeñas atendidas fueron algunos años menores y también de menor nivel educativo. Asimismo, discrepan a los hallazgos de Fernández (2013), en su estudio sobre la satisfacción materna en relación a la atención en el parto y puerperio encuentra que la edad promedio fue de 33.2 años, de estado civil casada (61.4%) y de grado de instrucción superior universitario (55.7%) y principalmente son casadas (61.4%), estos resultados son diferentes al presente estudio ya que corresponde a un país Europeo y la calidad de vida de la población a distinta al Perú o de un país en vías de desarrollo, ya que se observa que las mujeres atendidas en el parto tienen mejor nivel de instrucción y es parte de una familia unida en matrimonio principalmente e incluso la edad materna es mayor en estas regiones debido al retraso de la maternidad a un etapa de mayor estabilidad para la mujer.

A su vez, las características de las puérperas inmediatas estudiadas son similares a los encontrados por Acosta (2015), quien evaluó la satisfacción materna en el parto y puerperio, observaron que la edad media promedio fue de 25 años, la mayoría tenían un nivel de instrucción secundaria completa. Estos resultados son similares a pesar de que la población de México es distinta a la del Perú en cuanto a costumbres, alimentación, formas de vida u otros factores. Otro estudio con resultados similares es de Ayala (2015), realizado en un hospital de Lima que evaluó la calidad de atención del parto. En las características de las mujeres encuentra que la edad se encuentra principalmente en un rango de 25 a 29 años de edad, el estado civil es conviviente (75.7%) y grado de instrucción secundaria completa (59.1%). También es similar a lo encontrado por Espinoza (2014) en un estudio realizado en el Hospital de San Juan de Lurigancho y encuentra que el rango de edad de las mujeres es de 19 a 35 años y el nivel de instrucción es de secundaria completa. Estas similitudes ocurren porque la población de estudio pertenece a realidades muy similares de la población.

Respecto al nivel de participación de las puérperas inmediatas en la atención postnatal, en el presente estudio se evidenció que la mayoría de las puérperas tiene media (49.5%) o baja (46.8%) participación, determinados principalmente por baja participación en deambulación precoz (100%), orientación sobre signos de alarma (81.7%) e indicaciones de cita postparto en concordancia con la cita del recién nacido (87.2%). En el 2013 en Lima – Perú se llevó a cabo la VII Conferencia Internacional de toma de decisiones compartida (TDC), de acuerdo a Bravo *et al* (2013) las habilidades comunicacionales ejercen un rol fundamental en el establecimiento de la relación profesional-paciente, facilitando el intercambio de información y preferencias de manera efectiva y respetuosa. A pesar de ello, con el presente estudio se evidenció que solo el 3.7% de las puérperas tuvieron alta participación, solo en Planificación Familiar se observó un 44% de alta participación.

Respecto a la calidad de atención, se evidenció que el 86.2% de las puérperas inmediatas se mostraron ampliamente satisfechas o muy satisfechas con la calidad de atención postnatal, determinados por una amplia satisfacción en las dimensiones capacidad de respuesta (56%), empatía (46.8%), seguridad (50.5%) y aspectos tangibles (43.1%), y mucha satisfacción en cuanto a la fiabilidad (38.5%). Estos resultados concuerdan a los mostrados por Fernández (2013) quien halló que 82,8% de mujeres estaban satisfechas o muy satisfechas con el número de profesionales de la salud que cuidaron de ellas, asimismo, el 90% se mostró satisfecha o muy satisfecha con la logística y el entorno. En el estudio de Fernández (2013), encuentra que el 48.6% estuvo satisfecha con la atención recibida en relación al tiempo de atención a sus necesidades, al tiempo dedicado en la enseñanza de los cuidados postparto (45.7%) y sobre el número de médico que la atendieron (47.1%). El nivel de satisfacción también concuerda a lo encontrado en un estudio nacional, realizado por Espinoza (2014) sobre la percepción de la calidad de atención en las mujeres atendidas en Centro Obstétrico; en los resultados encuentra que las dimensiones de capacidad de respuesta (2.80) y aspectos tangibles (3.10) obtuvieron los más altos porcentajes, sin embargo, las dimensiones de seguridad (2.08) y empatía (2.00) obtuvo los puntajes más bajos de la calificación.

Los resultados del presente estudio evidenciaron que, a pesar de que la prueba estadística Chi-cuadrado niega la influencia de la participación de las puérperas en la calidad de atención ($X^2=7.661$, $p=0.256$), la prueba de correlación de Spearman revela que existe una correlación significativa leve y directa ($p=0.030$, $Rho=0.208$) entre la participación de la puérpera inmediata y la calidad de atención, se observó que las puérperas ampliamente satisfechas presentaron alta o media participación (60%), en cambio, las puérperas muy insatisfechas o ampliamente insatisfechas mostraron en su mayoría baja participación (66.7% y 100%, respectivamente). En relación al resultado, Bravo (2013), refiere que la toma de decisiones

compartida (TDC) es un modelo de atención que promueve el involucramiento del paciente en el cuidado de su salud. Esos modelos provienen principalmente de Norteamérica y Europa. A través de este modelo se busca facilitar que las personas puedan participar de forma informada y activamente en el cuidado de la salud. A nivel de Latinoamérica no se han encontrado publicaciones sobre la participación activa de la usuaria y la relación con la satisfacción de la atención, ello motiva a seguir indagando sobre la relación entre estas variables en la realidad peruana.

Conclusiones

- La participación de puérperas no influye significativamente en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017; sin embargo, se observa que las puérperas con mayor grado de participación presentaron mayor satisfacción en la atención postnatal.
- El grado de participación de las puérperas en la atención postnatal principalmente fue de nivel medio y bajo; los aspectos que las puérperas presentaron menor participación fueron la deambulacion precoz y la concordancia de la cita posparto con la cita del recién nacido.
- El nivel de calidad de la atención postnatal de las puérperas fue principalmente ampliamente satisfechas y muy satisfechas. La capacidad de respuesta y la seguridad presentaron mayor satisfacción, en contraste a ello las puérperas tuvieron mayor de insatisfacción con los aspectos tangibles.
- Las puérperas con mayor grado de participación presentaron mayor calidad de atención recibida; por el contrario, las puérperas con menor grado de participación tuvieron menor nivel de calidad de atención percibida, se encontró que existe correlación significativa leve y positiva entre el grado de participación de la puérpera y el nivel de calidad de atención postnatal ($p=0.030$, $Rho=0.208$).

Recomendaciones

- Al personal que brinda atención postnatal a las puérperas inmediatas del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” se recomienda incrementar el ejercicio de autonomía de las puérperas, puesto que se evidenció que mientras mayor sea su participación mayor es la calidad de atención percibida.
- Al Hospital Nacional “Hipólito Unanue” se recomienda desarrollar estrategias que permitan incrementar la participación de las puérperas en los aspectos deambulación precoz, orientación de signos de alarma e indicación de cita postparto en concordancia con la cita del recién nacido, puesto que son aquellos componentes donde se encontraron menor participación.
- Al Hospital Nacional “Hipólito Unanue” se sugiere realizar mejoras en los aspectos tangibles de la institución puesto que las mujeres presentan menor satisfacción respecto a esta dimensión.
- Al profesional que atiende a la mujer y al niño, así como al Hospital Nacional “Hipólito Unanue” se sugiere elaborar estrategias que vigilen y motiven la participación de la mujer en sus cuidados para mejorar la calidad de atención de las usuarias y de la población en general.

Referencias bibliográficas

- Acosta, N. (2015). *Satisfacción materna con la atención hospitalaria proporcionada en una institución pública. tesis de pregrado*, Universidad Autónoma de san Luis Potosí.
- Aguilar, M., Sáez, I., Menor, M., Mur, N., Expósito, M., Hernás, A., et al. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr Hosp*, 28(3), 920-926.
- Aguirre, H. (2002). *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*. México D. F.: LIMUSA, S.A.
- Aibar, C. (2005). La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente competente. *Monografías Humanistas*, 8, 43-57.
- Alamo, M., Moral, R., & Pérula, L. (2002). Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns*, 48(1), 23-31.
- Argimón, J., Jiménez, J., & Jiménez, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiología*. (4° ed.). Madrid - España: Ed. Harcourt.
- Arnau, J., Martínez, M., Nicolás, M., Bas, E., Morales, R., & Álvarez, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de Salud de la Región de Murcia. *AIBR-. Rev Antropol IB*, 7(2), 225-247.
- Ayala, G. (2015). *Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero - Febrero 2015*. Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bass, M., Buck, C., Turner, L., Dickie, G., Pratt, G., & Robinson, H. (1986). The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract*, 23(1), 43-47.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. (5° Ed ed.). New York: Oxford University Press.

- Belaid, H., Bouchenafa, A., Barich, A., & Maazouzi, K. (2015). The quality of health services in bechar public hospital institution. *International Journal of Social Sciences*, 4(2), 1-14.
- Bengoa, R., Key, P., Leatherman, S., Massoud, R., & Saturno, P. (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in Health Systems*. Geneva: WHO, 10.
- Blumenthal, D., & Thier, S. (1996). Managed care and medical education: the new fundamentals. *JAMA*, 276(9), 725-727.
- Bosh, J. (2012). La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria*, 44, 385-386.
- Botella, J., & Clavero, J. (1993). *Tratado de ginecología*. (14 ed.). Madrid - España: Díaz Santos.
- Bravo, P., Contreras, A., Perestelo, L., Pérez, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud más participativa: compartiendo dicisiones de salud. *Rev Pub Med Exp Salud Publica*, 30(4), 691-697.
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada de las amdres. *Rev Chil obstet Ginecol*, 73(3), 179-184.
- Bryne, P., & Long, B. (1976). *Doctor talking to patients*. London. London UK.
- Carney, P., Eliassen, M., Wolford, G., Owen, M., badger, l., & Dietrich, A. (1999). How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J Farm Pract*, 48(12), 958-964.
- Carter, W., Inui, T., Kukull, W., & Haigh, V. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior. *Med Care*, 20(6), 550-566.

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*, 49(5), 651-661.
- Cisneros, A., León, J., & Lozano, J. (2013). *Servqual-Servperf: Pertinencia en la medición de la calidad del Servicio del Área de Urgencias Hospitalarias*. IV Simposio internacional de ingeniería industrial: Actualidad y nuevas tendencias, Pontificia Universidad Javeriana, 24-26.
- Council, G. M. (2001). *Good Medical Practice. Working With Doctor Caring for Patients*. London: General Medical Council.
- Creech, B. (1994). *The Five Pillars of TQM*. Nueva York: Truman Talley Books/Dutton.
- Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extensión. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Davidow, W., & Uttal, B. (1989). *Total Customer Service: The ultimate weapon*. Nueva York: Harper Perennial.
- Davis, R., Dolan, G., Thomas, S., Atwell, C., mead, D., & Nehammer, S. (2003). Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation. *Health Expect*, 6(3), 198-207.
- De Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Educ Couns*, 92(3), 291-298.
- Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*, 96-100.
- Donalson, L. (2003). Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. *BMJ*(326), 1279-1280.
- Duque, E., & Canas, J. (2014). Validación del modelo SERVPERF en el ámbito de internat: un caso colombiano. *Suma Ned*, 5(12), 115-123.

- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choice. *Br J Gen Pract*, 50(460), 892-899.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Entwistle, V., & Watt, I. (2006). Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns*, 63(3), 268-278.
- Epstein, R., Campbell, T., Cohen, S., McWhinney, I., & Smilkstein, G. (1993). Perspectives on Patient-Doctor Communication. *J Fam Pract*, 37(4), 377-388.
- Espinoza, J. (2014). *Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del Hospital San Juan de Lurigancho, enero 2014*. Tesis de grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Fajardo, G. (1986). *Diccionario terminológico de administración de la atención médica*. México: Salvat.
- Fajardo, G., & Hernández, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. Dirección general de calidad y educación en salud.
- Fernández, R. (2013). *Satisfacción materna con el parto y puerperio relacionado con la atención hospitalaria*. Tesis de pre grado, Universidad de Oviedo.
- Figuroa, G. (2006). Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad. *Rev Med Chile*, 134(2), 251-257.

- Furuta, M., & Salway, S. (2006). Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal. *International Family planning perspectives*, 32(1), 17-27.
- Goberna, J., Banús, M., & Palacio, A. (2011). Satisfaction with pregnancy and birth services: The quality of maternity care services as experienced by women. *Midwifery*, 27, 231-237.
- Gobierno de Chile. (2008). *Manuel de atención personalizada en el proceso reproductivo*. (1° ed.). División Prevención y Control de Enfermedades.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., Yan, E., & Frank, H. (1988). Patients participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Med*, 3(5), 448-457.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5° ed ed.). México D. F.: Mc Graw Hill-Interamericana.
- Instituto de Medicina, Medicare. (1990). *Una estrategia para el aseguramiento de calidad*. National Academy Press, 1.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Encuesta demográfica y de salud familiar 2012-Nacional y departamental*. INEI.
- International Organization for Standardization. (1989). *Quality: terms and definitions*. International Organization for Standardization.
- Jiménez, L., Ruiz, R., Gavilán, E., Hueso, C., Cano, D., & Alba, M. (2012). Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*, 44(7), 379-386.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (2000). *Accreditation Standards; Standards intent*. Oakbrook terrace.

- Joosten, E., Defuentes, L., Weert, G., Sensky, T., Van der Staak, C., & Jong, C. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on Patient Satisfaction, Treatment, Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*, 77(4), 219-226.
- Jovell, A., Navarro, M., Fernández, L., & Blancafort, S. (2006). Participación del paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria*, 38(4), 234-237.
- Kaplan, S., Greenfield, S., & Ware, J. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*, 27(3), 110-127.
- Lázaro, J., & García, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit navar*, 3, 7-17.
- Levenstein. (1986). The patientcentred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam pract*, 3(1), 24-30.
- Levinson, W., Roter, D., Millooly, J., Dull, V., & Frankel, R. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553-559.
- López, J. (2006). *Historia de la Medicina*. Madrid: Alba libros S.L. .
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *patient Educ Couns*, 1, 51-61.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. (2008). *Protocolo de Atención del Puerperio Fisiológico*. Managua: Ministerio de Salud de Nicaragua.
- Ministerio de Salud del Perú. (2009). *Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud*. Rm N° 727-2009/MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicio médicos de apoyo*. RM N° 527-2011/MINSA.

- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Norma Técnica de salud para la atención intergral de salud materna*. Proyecto de NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01 - Resolución Ministerial N° 647-2013/MINSA.
- Ministerio de sanidad (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Madrid - España: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía.
- Mira, J. (2005). El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Monografías Humanistas*, (8), 161-180.
- Mira, J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. *Med Clin Barc*, 114(3), 26-33.
- Mira, J., Galdon, M., Ignacio, E., Velasco, M., Lorenzo, S., Vitaller, J., et al. (1999). ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?: Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial*, (14), 165-177.
- Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez, J., Aranaz, A., & Sitges, E. (1998). La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencia*, 13, 92-97.
- Mira, J., Rodríguez, J., Tirado, S., & Sitges, E. (2000). Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial*, (15), 36-42.
- Moumjid, N., Gafni, A., Brémond, A., & Carrère, M. (2007). Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making*, 27(5), 539-546.
- Organización Internacional de Normalización. (2005). *Norma internacional: Sistemas de gestión de la calidad-fundamentos y vocabulario (Traducción certificada)*. Ginebra: ISO 9000.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud*. "Informe sobre la Salud en el Mundo" . Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad. Informe técnico definitivo. Version 1.1.*
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, El banco mundial. (2008). *Mortalidad materna en 2005.* WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Organization, W. H. (2000). *World Health Report 2000-Health systems: improving performance.* Geneva: WHO.
- Palacio, F., & Silvestre, C. (2006). Participación del paciente como estrategia de mejora de calidad. *Atención Primaria*, 38(8), 461-464.
- Palacio, F., Marquet, R., Oliver, A., Castro, P., Bel, M., & Piñol, J. (2003). Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria*, (31), 307-314.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and implications for future research. *J Marketing*, 61, 41-50.
- Parsons, T. (1951). *The social system.* New York: Free Press.
- Petrova, M., Dale, J., & Fulford, B. (2006). Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*, 56(530), 703-709.
- Prieto, M., & March, J. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*, (29), 366-373.
- Quill, T., & Brody, H. (1996). Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*, 125(9), 763-769.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario.* Recuperado el 2 de diciembre de 2018, de Participación: <https://dle.rae.es/?id=S05KMbw>

- Redondo, S., Bolaños, E., Almaraz, A., & Maderuelo, J. (2005). Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*, (36), 358-366.
- Ríos, L. (2012). *Percepción de la calidad de la atención en el programa de planificación familiar del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Tesis de pre grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rodés, J., & Guardia, J. (2004). Suñol, R; Bañeros, J. Calidad asistencial. en Rodés J, Guardia J. Medicina Interna. *Medicina Interna*, 8(26), 3404-3410.
- Rodríguez, M. (2008). *Relación médico-paciente* (1° ed ed.). La Habana - Cuba: Ciencias Médicas.
- Rodríguez, S., De la Cruz, J., Roldán, L., Terukina, R., Placencia, M., & Moncada, R. (2016). Nivel de satisfacción de gestantes atendidas según tipo de parto en la Clinica Good Hope, febrero - abril 2016. *Rev Fac Med Hum*, 17(1), 19-25.
- Ruiz, A., & Perestelo, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*, 26(S), 158-161.
- Ruiz, R. (2005). *Escala CICAA: Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial*. Madrid-España: Agencia de consejería de salud de la junta de andalucía.
- Ruiz, R., & Luna, L. (1992). The incorporation of a new model in medicine: theoretical and practical consequences. *Aten Primaria*, 10(2), 629-634.
- Ruiz, R., Pérez, E., Pérula, L., & Torre, d. I. (2006). Physicianpatient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*, 64(1-3), 242-248.
- Ruiz, R., Rodríguez, J., Pérula, L., & Prados, J. (2002). Evolution of the communication profile of family medicine residents. *Aten Primaria*, 29(3), 132-141.
- Santacruz, B. (2012). Parto a carta. *Rev Pediatr Aten primaria*, 14, 193-194.

- Saturno, P. (1998). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud publica*, 69(2), 163-175.
- Schneider, H., & palmer, N. (2002). Getting to the truth? Researching user views of primary health care. *Health Policy Plann*, 17(1), 32-41.
- Secretaría de salud de México. (2006). *Reformas de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. DOF.
- Sheridan, S., Harris, R., & Woolf, S. (2004). Shared decision making about screening and chemoprevention. A suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am j Prev Med*, 26(1), 56-66.
- Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos (2012). *Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. México D.F.: SITEAL.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*, 152(9), 1423-1433.
- Stewart, M., Belle, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Sage Publications.
- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the practitioner-patient relationship. *Arch Intern med*, (97), 585.
- Tardáguila, M., Méndez, C., Torres, J., Méndez, T., Benito, B., & López, F. (2008). La Información al Paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*, 2, 145-148.
- Thom, D., & Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: an exploratory study. *Fam Pract*, 44(2), 169-176.

- Thompson, G., & Hernández, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. México D. F. : Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Uribe, C., Poupin, L., González, R., & Rodríguez, J. (2000). Protagonismo de la embarazada durante su trabajo de parto. Efecto sobre los resultados maternos perinatales. *Rev Chil Obstet Gineco*, 65(5), 371-377.
- Velázquez, A., Seclén, J., Novara, J., Benavides, B., & Jacob, E. (2001). *Estudio comparativo de la calidad y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000)*. Ministerio de Salud Proyecto.
- Villanueva, A., Riega, P., Torres, J., Yabar, C., & Alarco, O. (2003). Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias. *CIMEL*, 8(1), 13-18.
- Vivanco, M., Solís, M., Magdalena, G., Rodríguez, R., García, C., Millán, I., & al, e. (2012). Adaptación transcultural y validación al español de la escala COMFORTS. *Metas de Enferm*, 15(2), 18-26.
- Wagner, E., Barrett, P., Barry, M., Barlow, W., & Fowler, F. (1995). The effect of a shared decision making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. *Med. Care*, 33(8), 765-770.
- Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*, 15(5), 480-492.
- Wirtz, V., Cribb, A., & Barber, N. (2006). Patient-Doctor decision-making about treatment within the consultation- A critical analysis of models. *Soc Sci Med*, 62(1), 116-124.
- World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2005*. Francia: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha técnica de los instrumentos a utilizar

INFLUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE PUÉRPERAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN POSTNATAL EN EL HOSPITAL NACIONAL “HIPÓLITO UNANUE” 2017

Nº de ficha: _____ ID: _____ Fecha ____/____/____

A continuación se le presenta un cuestionario destinado a evaluar el grado de participación que Ud. tiene en su atención postnatal, así como también determinar el nivel de calidad que usted percibe con que se le brindó la atención postnatal. Por ello, pedimos su colaboración respondiendo con toda sinceridad las siguientes preguntas que se plantea a continuación. De antemano se le agradece su participación.

I. DATOS GENERALES

Edad: _____ años

Grado de instrucción:

- Sin instrucción Primaria
 Secundaria Superior

Estado civil:

- Soltera Conviviente
 Casada Otro

Ocupación:

- Ama de casa Desempleada
 Independiente Profesional

Procedencia:

- Lima Provincias

II. DATOS GINECO OBSTÉTRICOS

Controles prenatales _____

Psicoprofilaxis obstétrica: _____

Fórmula obstétrica: G ___ P ___

III. CUESTIONARIO DE PARTICIPACIÓN

A continuación se le presenta una serie de preguntas que evaluarán el grado de participación que usted tiene en su atención postnatal. Marque con una “X” su respuesta:

Planificación familiar

1. ¿Qué tanto los profesionales de la salud que la atendieron después de su parto le explicaron sobre los métodos anticonceptivos disponibles (sus beneficios, contraindicaciones, etc.)?

Nada Regular Mucho

2. ¿Qué tanto el profesional que la atendió le preguntó si usted tenía dudas sobre métodos los anticonceptivos disponibles?

Nada Regular Mucho

3. ¿En qué medida el profesional que te atendió te permitió elegir el método anticonceptivo?

Nada Regular Mucho

4. ¿Qué tanto el profesional de la salud que la atendió respetó su elección del método anticonceptivo?

Nada Regular Mucho

Deambulación precoz

5. ¿Qué tanto los profesionales de la salud que la atendieron después de su parto le proporcionaron información sobre la importancia de la deambulación precoz que usted debe realizar después del parto?

Nada Regular Mucho

6. ¿Qué tanto el profesional que la atendió le preguntó si usted tenía dudas sobre la deambulación precoz?

Nada Regular Mucho

7. ¿En qué medida el profesional que te atendió te preguntó si querías hacer la deambulación precoz?

Nada Regular Mucho

Orientación educativa sobre signos de alarma

8. ¿Qué tanto los profesionales de la salud que la atendieron después de su parto le proporcionaron información sobre signos de alarma del postparto como por ejemplo fiebre, flujo con mal olor, hemorragia vaginal etc.?

Nada Regular Mucho

9. ¿En qué medida el profesional que la atendió después de su parto le preguntó si usted tenía dudas sobre los signos de alarma?

Nada Regular Mucho

10. ¿En qué medida el profesional de la salud que la atendió le preguntó sobre sus preferencias, costumbres o creencias sobre los signos o síntomas de alarma después del parto?

Nada Regular Mucho

Indicación de cita postparto en concordancia con la cita del recién nacido

11. ¿En qué medida los profesionales de la salud que la atendieron le dieron la opción de que su cita postparto coincida con la cita de su recién nacido?

Nada Regular Mucho

12. ¿En qué medida los profesionales de salud le preguntaron sobre sus dudas respecto a su cita postparto y la cita de su recién nacido?

Nada Regular Mucho

13. ¿Qué tanto los profesionales de la salud le preguntaron si usted comprendió sobre el día de su cita postparto y la de su recién nacido?

Nada Regular Mucho

IV. CUESTIONARIO SERVPERF

Instrucciones: A continuación se le presentará un cuestionario con el que se valorará la calidad de atención en la atención postnatal. Se le pide encarecidamente que valore de forma objetiva como ha percibido usted la atención que ha recibido desde que nació su bebé hasta el momento que se le informó su alta de la hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Considere como puntajes.

1: Insatisfacción severa

2: Insatisfacción moderada

3: Insatisfacción leve

4: satisfacción

5: Satisfacción moderada

6: Satisfacción amplia

Nº	Dimensiones	Ítems	1	2	3	4	5	6
1	Capacidad de respuesta	¿Fue usted atendida inmediatamente después del nacimiento de su hijo?						
2		¿En momentos en los cuales necesitó la ayuda o atención el personal de salud se le atendió rápida y oportunamente?						
3		¿Fue trasladada rápidamente después del nacimiento de su hijo a la hospitalización para su mayor comodidad?						
4	Empatía	¿El personal de salud en la hospitalización la trato con amabilidad, respeto y paciencia?						
5		¿Después del nacimiento de su bebé, el personal de salud se interesó en brindarle los cuidados necesarios?						
6		¿Comprendió las explicaciones que le dio el personal de salud sobre los procedimientos y manejo que Ud. recibiría después del nacimiento de su bebé?						
7	Seguridad	¿La actuación de los profesionales de salud demostró que sabían lo que hacían?						
8		¿La comunicación de los profesionales de salud hacia Ud. fue adecuada?						
9		¿El personal de salud mostró interés genuino en su bienestar?						
10		¿Siempre que lo necesitó, se le dio el tiempo suficiente para que pudiera hacer preguntas sobre su estado de salud?						

11		¿Estando hospitalizada se le pidió permiso antes de realizarle cualquier procedimiento?							
12		¿Los profesionales que la atendieron le inspiraron total confianza?							
13		¿Cada vez que lo hicieron, los profesionales de salud la examinaron de forma completa y minuciosa para ver cómo estaba su salud?							
14		Estando hospitalizada después del nacido su bebé, se respetó su privacidad en todo momento.							
15	Fiabilidad	¿El médico u obstetra que la atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles su situación en cada momento de su atención?							
16		¿Su historia clínica con sus datos se encontró siempre disponible en la hospitalización para su atención?							
17		¿Las visitas médicas que recibió después de nacido su bebé se realizaron en los horarios programados?							
18		¿El hospital contó en todo momento con las medicinas que le recetaron?							
19		¿Siempre que lo necesitó en personal de salud estuvo disponible que Ud. sea atendida?							
20	Aspectos tangibles	¿Los ambientes donde estuvo después de dar a luz a su bebé (sala de partos y/o hospitalización) estuvieron limpios y cómodos?							
21		¿Los carteles, letreros y señalización de los ambientes donde permaneció después de su parto fueron adecuados para Ud.?							
22		¿El personal de salud contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“INFLUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE PUÉRPERAS EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN POSTNATAL EN EL HOSPITAL NACIONAL “HIPÓLITO UNANUE” 2017”

Institución : Universidad Nacional Federico Villarreal
Investigador : Teodolinda Rosa Gutiérrez Ynfantes
Título : Influencia de la participación de puérperas en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” 2017.

Le invitamos a participar en un estudio que se realizará en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” y tendrá la oportunidad de hablar con la investigadora para aclarar todas sus dudas y si decide no participar en el estudio, esto no afectará de ninguna manera a la calidad de sus cuidados futuros. Sin embargo, si decide participar, le rogamos que cumpla dentro de lo posible las instrucciones recibidas brindado verídicamente toda la información que se le solicite.

Objetivos del estudio

Debido a que la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud ha cambiado más en los últimos pasando de una rol pasivo a uno cada vez más participativo; asimismo, ya que la calidad de la atención es uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud, entre ello la atención postnatal. En este sentido el objetivo del presente estudio es determinar la influencia de la participación de puérperas en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017. Por este motivo se realizará este estudio para dar respuesta ágil a las nuevas preguntas de investigación que vayan surgiendo en relación con este tema.

Posibles beneficios

Aunque usted no recibirá un beneficio inmediato, los datos de Ud. proveerá, junto con los del resto de las participantes, supondrán una importante y valiosa fuente de información que revertirá en un mejor conocimiento de si el grado de participación en la atención postnatal se relaciona con el nivel de calidad de atención de la misma, ello supondría una mejora en la calidad de su atención postnatal, tanto suyo, como del resto de la comunidad de pacientes puérperas.

Participación voluntaria

Recuerde que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que ofrecer explicación alguna sobre sus razones para hacerlo, aunque se ruega encarecidamente que exponga cualquier problema que surja a lo largo del estudio. El abandono del estudio no condicionara en absoluto los cuidados que Ud. precise en el futuro.

Confidencialidad

Todos los datos referentes a su participación en el estudio se almacenaran y analizarán en una computadora, sin mención expresa de su nombre. Se contempla la posibilidad de que personal autorizado de las autoridades sanitarias realicen una auditoria del estudio para comprobar que se esté realizando de forma correcta desde el punto de vista ético y científico, siempre dentro de la más estricta confidencialidad.

Información adicional

No dude en recabar información adicional o en hablar con el investigador para aclarar cualquier duda en cualquier momento del estudio. Para más información tenga a bien comunicarse con la Lic. Teodolinda Rosa Gutiérrez Ynfantes al celular 941381173, al teléfono 5676792 o al correo email: rosagutierrezinfantes@gmail.com

Consentimiento por escrito

Yo, _____ (Nombre y apellidos), declaro que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He hablado y aclarado las dudas con la Lic. Teodolinda Rosa Gutiérrez Ynfantes.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme el momento que crea conveniente comunicando verbalmente y sin dar explicación alguna; este hecho no alterara en ninguna forma mi derecho a la atención en la institución. Presto libremente mi conformidad para participar en dicho estudio.

.....

Firma del participante

(Nombre y Apellidos)

Anexo 3. Validez y confiabilidad de instrumentos

FORMATO DE VALIDACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO “Influencia de la participación de púerperas en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017”

Nº Experto: _____

Fecha: ____/____/____

Nombres y Apellidos: _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre la ficha de recolección que se adjunta. Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión. Marque SI, cuando el Ítem cumpla con el criterio señalado o NO cuando no cumpla con el criterio.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.			
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.			
5. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.			
4. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.			
7. Los ítems que conforman los instrumentos son coherentes.			
8. El número de ítems es adecuado para la recopilación.			
9. Se debería de incrementar el número de ítems en la ficha de recolección.			
10. Se debe eliminar algunos ítems en la ficha de recolección.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento: _____

Firma

Validez del instrumento: Prueba binomial

Confiabilidad del instrumento: Coeficiente alfa de Cronbach

El Coeficiente de alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.9 excelente
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.8 bueno
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.7 aceptable
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.6 cuestionable
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.5 pobre
- Coeficiente de alfa de Cronbach < 0.5 inaceptable

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa-Cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k s_j^2}{S_T^2} \right)$$

Donde K = El número de ítems.

Luego para el cálculo de la varianza por cada ítem se utiliza la siguiente fórmula:

$$s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2$$

Posteriormente se calcula S_T que es la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula pero para el total de puntaje de cada individuo)

Regla de decisión: Cuando el valor de α -Cronbach es mayor 0.70 se considera que el instrumento es confiable.

Confiabilidad: cuestionario de participación

Unidades	ÍTEMS													Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	3	3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	22
2	3	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	25
3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
4	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	20
5	2	2	3	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	23
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
7	3	3	3	3	1	1	1	3	3	1	1	1	1	25
8	3	3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	22
9	2	1	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	19
10	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
11	2	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	20
12	2	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
13	3	3	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	22
14	3	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	21
15	3	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	21
Varianza	0.40	0.46	0.40	0.40	0.07	0.00	0.00	0.50	0.52	0.07	0.07	0.07	0.07	9.97
∑varianza	3.01													

Por cada columna se calcula las varianzas, es decir para las 13 preguntas y también para el total de puntajes de las unidades muestrales. Se suman las 13 varianzas de las 13 preguntas (en el cuadro esta como ∑varianza), este valor se reemplaza en la fórmula, así:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{13}{(13-1)} \left(1 - \frac{3.01}{9.97}\right) = 0.76$$

Regla de decisión: Como el valor de α -Cronbach fue mayor a 0.70 se consideró un instrumento es confiable para su aplicación.

Confiabilidad: cuestionario de calidad de atención.

Unidades	ÍTEMS																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	6	5	5	6	5	6	5	5	5	4	5	5	6	4	4	5	4	5	5	6	6	5	112
2	6	5	6	6	6	6	5	6	6	6	5	6	2	6	6	6	5	6	6	2	5	6	119
3	2	5	5	6	6	5	6	5	5	4	6	6	6	5	5	5	3	4	5	6	3	5	108
4	5	2	5	2	5	5	5	5	5	5	5	2	3	5	5	4	5	5	5	5	2	5	95
5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	6	1	2	3	5	2	2	5	5	2	5	5	5	90
6	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	88
7	5	6	6	6	6	6	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5	5	6	1	6	6	5	115
8	6	6	6	6	5	2	6	5	5	6	5	3	6	6	6	5	6	5	5	5	5	5	115
9	5	5	5	6	6	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5	6	5	4	5	5	108
10	6	5	6	6	5	4	5	4	5	6	5	5	6	5	4	5	5	5	4	5	5	4	110
11	5	4	4	5	4	4	5	3	3	4	5	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	94
12	5	4	5	5	4	4	5	3	5	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	97
13	6	5	5	6	5	6	5	5	5	4	5	5	6	4	4	5	4	5	5	6	6	5	112
14	5	5	6	6	6	6	4	5	6	6	6	6	6	5	5	5	6	5	6	6	5	5	121
15	5	6	5	5	5	6	5	5	6	5	6	2	2	5	5	5	5	5	5	4	4	5	106
Varianza	0.98	1.03	0.46	1.24	0.55	1.92	0.29	0.98	0.57	0.71	1.55	2.03	2.27	0.35	0.98	0.83	0.64	0.43	1.84	1.27	1.24	0.31	112.71
∑varianza	22.47																						

Por cada columna se calcula las varianzas, es decir para las 22 preguntas y también para el total de puntajes de las unidades muestrales. Se suman las 22 varianzas de las 22 preguntas (en el cuadro esta como ∑varianza), este valor se reemplaza en la formula, así:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{22}{(22-1)} \left(1 - \frac{22.47}{112.71}\right) = 0.84$$

Regla de decisión: Como el valor de α -Cronbach fue mayor a 0.70 se consideró un instrumento es confiable para su aplicación.

Anexo 4. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO	
			VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cómo influye la participación de las puérperas en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS •¿Cuál es el grado de participación de las puérperas en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017?</p> <p>•¿Cuál es el nivel de calidad en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017?</p> <p>•¿Cuál es el grado de la participación de la puérpera según el nivel de calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL • Determinar si la participación de la puérpera influye en la calidad atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS •Determinar el grado de participación de las puérperas en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017. •Determinar el nivel de calidad en la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017. •Determinar el grado de la participación de la puérpera según el nivel de calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio del año 2017.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL La participación de puérperas influye en la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS H1: Más del 50% de las puérperas tienen un grado de participación de baja durante la atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017. H2: Más del 50% de las puérperas se encuentran insatisfechas por la calidad de atención postnatal en el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017. H3: Las puérperas inmediatas con mayor participación presentan mayor nivel de calidad de atención posnatal a diferencia de las puérperas inmediatas con menor grado de participación, Hospital Nacional “Hipólito Unanue” en el periodo de abril a junio de 2017.</p>	<p>V. Independiente Participación de la puérpera</p>	Planificación familiar	Escala de medición: Baja Media Alta	1-4	<p>Tipo de Investigación Observacional.</p> <p>Diseño: Analítico, relacional, prospectivo, de corte transversal.</p> <p>Población: Pacientes puérperas inmediatas que reciben atención posnatal en el Hospital Nacional “HIPÓLITO UNANUE” 2017</p> <p>Muestra: 109 puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Nacional “HIPÓLITO UNANUE” 2017</p> <p>Técnicas para el procesamiento de la Información La técnica será la encuesta, los instrumentos son: Cuestionario de participación de la puérpera y Cuestionario de calidad de atención SERVPERF. Se utilizará la prueba estadística de Chi-cuadrado y correlación de Spearman, un nivel de significancia menor a 0.05 indicará la influencia.</p>
				Deambulacion precoz		5-7	
Orientación sobre signos de alarma	8-10						
Indicación de cita postparto en concordancia con la cita del RN	11-13						
			<p>V. Dependiente Calidad de atención postnatal.</p>	Capacidad de respuesta	Escala de medición: Ampliamente insatisfecho Muy insatisfecho Satisfecho Muy satisfecho Ampliamente satisfecho	1-3	
		Empatía		4-6			
		Seguridad		7-14			
		Fiabilidad		15-19			
		Aspectos tangibles		20-22			