



VALIDEZ DE CONSTRUCTO, VALIDEZ CONCURRENTE Y CONFIABILIDAD DE UNA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES PERUANAS

Construct validity, concurrent validity and reliability of a quality perception scale applied in prenatal care in Peruvian pregnant women

Oscar Munares-García MSc, PhD¹

Recibido: enero 10/17 – Aceptado: junio 13/18

RESUMEN

Objetivo: determinar la validez de constructo, la validez concurrente y la fiabilidad de una escala de percepción de la calidad de la atención prenatal.

Materiales y métodos: estudio transversal en 842 gestantes que acudieron a controles prenatales y fueron atendidas para parto en tres hospitales de Lima (Perú), entre marzo de 2011 a abril de 2014. Se aplicó una escala con entrevista estructurada de 12 ítems construida a través de una escala tipo Likert (1 a 5 puntos). Para la validez de constructo se aplicó análisis factorial exploratorio por componentes principales con rotación varimax, chi cuadrado de Bartlett, y la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO). Para la determinación de la validez concurrente se aplicaron coeficientes de correlación rho de Spearman. Para la determinación de la confiabilidad o la homogeneidad entre las

preguntas se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación Spearman-Brown

Resultados: el 85 % se encontraban entre los 20 a 35 años. La mediana de la escala fue 41 puntos (rango 25-55). Se identificaron cuatro dimensiones: seguridad-comodidad, acceso, eficacia y competencia profesional. Estas dimensiones correlacionan bien ($KMO = 0,776$; $p < 0,001$), la confiabilidad alfa de Cronbach fue de 0,76, correlación Spearman-Brown = 0,71. El coeficiente de correlación rho de Spearman mostró que existen correlaciones positivas entre las dimensiones encontradas

Conclusiones: se presenta una escala de calidad de la atención prenatal con cuatro dominios, que valida el punto de vista de la percepción en gestantes peruanas.

Palabras clave: atención prenatal, gestión de la calidad, estudios de validación, embarazo.

ABSTRACT

Objective: To determine the validity of the construct, concurrent validity and reliability of a quality perception scale used in prenatal care.

1 Obstetra; magíster en Salud Pública; doctor en Ciencias de la Salud. Departamento Académico de Obstetricia, Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú). omunaresg@unmsm.edu.pe

Materials and methods: Cross-sectional study of 842 pregnant women who attended prenatal visits and were then delivered in three hospitals in Lima, Peru, between March 2011 and April 2014. A structured interview using a 12-item questionnaire was applied and a Likert-type scale (1 to 5 points) was used. An exploratory factor analysis was applied for construct validity based on main components with varimax rotation, KMO, Bartlett's Chi square, and the Kaiser, Meyer Olkin (KMO) test. Spearman's rho correlation was used for determining concurrent validity. Crohnbach's alpha coefficient and the Spearman-Brown correlation coefficient were used for determining reliability or homogeneity among the questions.

Results: In terms of age, 85% were between 20 and 35 years old. The median of the scale was 41 points (range 25-55). Four dimensions were identified: safety-comfort, access, efficacy and professional competency. There is a good correlation between these dimensions ($KMO=0.776$ $p<0.001$), Cronbach's alpha reliability was 0.76, and the Spearman-Brown correlation was 0.71. Spearman's rho correlation coefficient showed positive correlations among the dimensions found.

Conclusions: A four-domain prenatal care quality score which validates the perception of pregnant women in Peru is presented.

Key words: prenatal care, quality management, validation studies, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal consiste en una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto (1); también se enfoca en prevenir, identificar o corregir las complicaciones maternas y fetales en la gestante, e incluye el apoyo emocional y psicológico a la pareja y la familia (2). Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos acompañados de cambios psicológicos y emocionales, que pueden

volverse anormales si se presentan elementos adversos como el embarazo no planificado, patologías asociadas a la gestación, o conflictos sociales, entre otros, por lo que durante la atención prenatal el ejercicio de la conversación y la disipación de dudas debe jugar un rol central.

En el Perú la atención prenatal, conjuntamente con el parto institucional, son herramientas para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal; en 2015, el 97 % de las gestantes recibieron atención prenatal por personal calificado (3). En Brasil, Vettore *et al.* (4) indicaron una cobertura de 98,7 % con seis o más visitas; la norma técnica del Ministerio de Salud peruano (5) señala que, de preferencia, el inicio de la atención prenatal debe ser antes de las catorce semanas, con seis o más visitas prenatales. Esta estrategia ha logrado un alto grado de gestantes controladas, pero los indicadores de mortalidad materna no se han reducido significativamente, lo que significaría que, en países como el nuestro, la atención materna no presenta problemas de cobertura, sino de calidad.

En la literatura se informa que la calidad se estructura a través de juicios o evaluación de varias dimensiones específicas; Donabedian la definía como el logro de los mejores resultados con los menores riesgos (6), y DiPrete *et al.* (7) determinaron siete dimensiones para la garantía de la calidad de las atenciones de salud: i) competencia profesional (capacidad y desempeño de las funciones de los grupos de salud), ii) acceso a los servicios (eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios), iii) eficacia (normas de prestación y orientaciones clínicas), iv) satisfacción (relaciones entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de salud y entre el equipo de salud y comunidad), v) eficiencia (servicios más óptimos al paciente y la comunidad), continuidad (recibir la serie completa de servicios de salud que se necesitan sin interrupciones), vi) seguridad (reducción de riesgos, efectos colaterales y peligrosos) y vii) comodidades (características no relacionadas directamente con la prestación pero que acrecientan la satisfacción).

Con respecto a la calidad de la atención prenatal Oliveira *et al.* (8) emplearon la perspectiva de Donabedian (estructura, proceso y resultado) centrándose en el proceso, y asociaron las acciones de calidad con actividades como la aplicación del test de Coombs indirecto, serología para toxoplasmosis, serología para hepatitis B, citología cérvico-vaginal, hemograma, serología para sífilis, glucemia, examen de orina e historia clínica completa, y señales de alerta durante el embarazo. Por otra parte, Camarena y von Glascoe (9), en su interpretación del modelo propuesto por Donabedian, identificaron dos dimensiones: técnica e interpersonal, la primera se refiere al logro de los mejores resultados que la ciencia actual puede hacer posible; la segunda, denominada “calidez”, hace referencia al respeto al paciente en busca de su satisfacción.

De esta manera, la calidad es un concepto complejo y requiere de adecuadas herramientas para su medición. Lo ideal es que el instrumento refleje tanto los esfuerzos realizados por el sistema de salud para poder asegurarla como también aquellos relacionados con la percepción del paciente sobre la atención recibida, sobre todo porque las dimensiones por estudiar pueden no ser percibidas adecuadamente por el o la paciente, por tanto, el reto es contar con instrumentos sencillos que puedan determinar lo más fielmente posible los dominios que se deben evaluar como representación de la calidad en un contexto normativo propio. En el sistema de salud peruano existen una serie de normas que intentan lograr un adecuado procedimiento que permita obtener un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, pero este punto queda corto cuando hay que desarrollar otros elementos como la educación y las relaciones interpersonales.

En nuestra región son escasas las herramientas para evaluar la calidad que no solamente midan las actividades realizadas, sino también las percepciones de las usuarias con respecto al accionar de los profesionales, en especial para ser aplicadas en la consulta externa en la que no se cuenta con mucho tiempo. Por tanto, el objetivo del estudio fue cons-

truir una escala de percepción de la calidad de la atención prenatal en gestantes peruanas y determinar la validez de constructo, la validez concurrente y la confiabilidad de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Estudio de validación de una escala, de corte transversal, en tres hospitales públicos de la ciudad capital de Lima (Perú). Se incluyeron gestantes mayores de 18 años, que llegaron para atención prenatal entre julio de 2011 a abril de 2014, y que aceptaron participar; se excluyeron aquellas con daño cognitivo, psiquiátricas o con problemas de comprensión y del habla. El estudio fue realizado en dos hospitales del Ministerio de Salud: Instituto Nacional Materno Perinatal y Hospital San Juan de Lurigancho, y uno perteneciente al Seguro Social de Salud: Hospital Marino Molina. Se realizó muestreo por conveniencia, por invitación.

Durante el periodo de estudio, en los tres establecimientos se calculó una población de 7223 gestantes, se realizaron estimaciones de un tamaño muestral en cada establecimiento, con una prevalencia esperada de percepción de calidad del 30%, con un 95% de confianza y 5% de precisión; se obtuvieron 286 mujeres por centro, para un total de 856 mujeres gestantes en los tres centros.

Procedimiento. Para la construcción del instrumento se procedió a realizar la revisión bibliográfica de las actividades en las atenciones prenatales, tomando información de la guía nacional (10) y literatura especializada (1, 11-13), y sobre calidad de la atención (9, 14-17). Posteriormente, por medio del análisis factorial, se construyeron las dimensiones agrupando las actividades realizadas en las atenciones prenatales y lo definido en la literatura de calidad; se elaboraron ítems para cada dimensión con un escala tipo Likert, así: Definitivamente no = 1, Probablemente no = 2, Ni sí, ni no = 3, Probablemente sí = 4 y Definitivamente sí = 5; los puntajes se determinaron de acuerdo con los ítems encontrados. El formulario inicial de la escala contenía trece ítems, pero uno de ellos, “Considera

que en el establecimiento tiene seguridad de no infectarse”, fue excluido pues arrojó resultados contradictorios porque en términos estadísticos no se consideró estable, por lo que finalmente el cuestionario presentó 12 ítems. Para la calificación de la escala las respuestas Likert se reemplazaron por sus puntajes numéricos, calculándose en cada paciente la sumatoria de los 12 ítems con un rango de entre 12 a 60 puntos: el primero correspondió al rango mínimo de las doce respuestas y el segundo al rango máximo; se determinó que a mayor puntaje mayor percepción de la calidad de la atención prenatal. Se procedió a realizar estudios piloto en gestantes para mejorar la calidad de las preguntas, el entendimiento y las respuestas (18, 19). El cuestionario fue aplicado vía entrevista estructurada donde un encuestador entrenado registró la información. La información fue digitada en una base de datos para el análisis posterior. La escala fue empleada como instrumento en tres tesis de posgrado que evaluaban el abandono de la atención prenatal, entre cuyas causas se evaluó la percepción de una mala calidad de la atención (18-20).

Análisis estadístico. Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel y se analizó con el programa estadístico SPSS v 20. Se aplicaron estadísticas descriptivas mediana, mínimo (Mín.) y máximo (Máx.) en los puntajes del instrumento. Para la determinación de la validez de constructo se aplicó el análisis factorial por componentes principales con rotación varimax; para la determinación de los supuestos del análisis se empleó el chi cuadrado de Bartlett (homogeneidad de las varianzas) y la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO), la cual se consideró adecuada cuando el nivel de significancia fue menor a 0,05 y la correlación fue mayor a 0,75. Para la determinación de la validez concurrente se aplicaron coeficientes de correlación rho de Spearman. Para la determinación de la confiabilidad o la homogeneidad entre las preguntas se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach, y el coeficiente de correlación de Spearman-Brown como método de división por mitades para la estimación de la consistencia interna, considerándose ambos

resultados adecuados cuando las correlaciones eran mayores a 0,70.

Aspectos éticos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en el Instituto Nacional Materno Perinatal (HETG 19218-10) y Hospital San Juan de Lurigancho (Carta 064-2012-UADI-HSJL). Esta aprobación fue considerada como apta para el Hospital Marino Molina ya que no contaba con Comité de Ética propio. La información fue recolectada de forma confidencial, se aplicó consentimiento informado y en la base de datos se aplicaron códigos.

RESULTADOS

De 853 candidatas a ingresar al estudio, seis no ingresaron porque no cumplieron con los criterios de selección, y cinco gestantes se negaron a participar, por lo que la muestra final fue de 842 gestantes. El 85,0% de gestantes se encontraba entre los 20 a 35 años; 67,6% tenía nivel educativo secundario; 74,5% con unión estable; la mitad era migrante, y el 44,3% presentó embarazo no planificado. El 66,6% presentó entre 1 a 7 atenciones prenatales. Los puntajes obtenidos tuvieron una mediana de 41 puntos, con un mínimo de 25 y un máximo de 55 puntos; la mediana de los puntajes de calidad se incrementa conforme al número de atenciones prenatales (tabla 1). El 29,6% consideró la atención prenatal de calidad (puntaje igual o superior a 45 que se consideró como punto de corte de percepción de buena calidad).

Con respecto a la validez de constructo se identificaron cuatro dimensiones: seguridad-comodidad, acceso, eficacia y competencia profesional, que explicaron el 64,3% de la varianza. La prueba de chi cuadrado de Bartlett fue significativa, validando el supuesto de que existen correlaciones adecuadas entre los ítems ($X^2 = 2820,3$; $gl = 78$; $p < 0,001$), la correlación KMO determinó el supuesto de que existe fuerza de relación entre los ítems ($KMO = 0,776$). La confiabilidad del instrumento fue adecuada, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,76, y un coeficiente de consistencia interna bajo la correlación de Spearman-Brown de 0,71 que se consideraron adecuados (tabla 2).

Tabla 1.
Distribución porcentual y puntajes de la escala de percepción de la calidad de la atención prenatal en gestantes atendidas en tres instituciones en Lima , Perú. 2011- 2014

	n	%	Mediana	Min.	Máx.
Edad (años)					
17 a 19	10	1,2	40	29	52
20 a 35	716	85,0	41	25	55
36 a 47	116	13,8	42	28	55
Nivel educativo					
Ninguna o primaria	106	12,6	42	25	55
Secundaria	569	67,6	40	27	55
Superior técnico	125	14,8	41	26	55
Superior universitario	42	5,0	40	28	47
Estado civil					
Unión estable	627	74,5	41	25	55
Casada	149	17,7	41	28	55
Soltera	63	7,5	41	28	52
Otro	3	0,4	44	40	44
Migrante					
Sí	421	50,0	41	25	55
No	421	50,0	40	26	55
Embarazo no planificado					
Sí	373	44,3	41	26	55
No	469	55,7	41	25	55
Atenciones prenatales					
1 a 4	250	29,7	40	27	55
5 a 7	311	36,9	40	30	57
8 a 10	237	28,1	42	29	60
11 a 14	44	5,2	42	40	60

Asimismo, las correlaciones de la escala de calidad de la atención prenatal fueron adecuadas y significativas, lo que indica que existen correspondencias entre los ítems.

Para la validez concurrente se aplicó el coeficiente de correlación rho de Spearman, donde se puede determinar que existen correlaciones positivas entre las dimensiones encontradas, siendo significativas entre ellas (tabla 3).

Tabla 2.
Análisis descriptivo, de factores y confiabilidad de la escala de percepción de la calidad del control prenatal en gestantes atendidas en tres instituciones en Lima, Perú, 2011-2014

	Ítem	Media	DE	Comunalidad	Componentes rotados				Alfa	KMO	p
					1	2	3	4			
Seguridad-comodidad									0,73	0,774	< 0,001
	1	3,8	0,6	0,67	0,784	-	-	-	0,74		
	2	3,8	0,6	0,66	0,739	-	-	-	0,73		
	3	3,6	0,7	0,57	0,702	-	-	-	0,73		
	4	3,4	0,9	0,62	0,69	-	-	-	0,74		
	5	3,7	0,6	0,63	0,631	-	-	-	0,73		
Acceso									0,66	0,621	< 0,001
	6	3,5	0,8	0,46	-	0,621	-	-	0,73		
	7	3,5	0,8	0,62	-	0,705	-	-	0,72		
	8	3	1,1	0,61	-	0,747	-	-	0,75		
Eficacia									0,66	0,5	< 0,001
	9	3,9	0,4	0,73	-	-	0,814	-	0,74		
	10	3,8	0,6	0,75	-	-	0,823	-	0,74		
Competencia profesional									0,62	0,5	< 0,001
	11	3,5	0,9	0,7	-	-	-	0,832	0,77		
	12	3,8	0,7	0,7	-	-	-	0,806	0,75		
	Total				30,8	14,7	10,0	8,8	0,76	0,776	< 0,001
					% de la varianza = 64,3				0,71*		

Alfa: coeficiente Alfa de Cronbach

KMO: coeficiente de Kaiser, Meyer y Olkin

p: nivel de significancia de la prueba de chi cuadrado de Bartlett

* Resultado total de coeficiente correlación de Spearman-Brown

Fuente: el autor.

DISCUSIÓN

En este estudio se presenta una escala para medir la calidad de la atención prenatal que tiene en cuenta la percepción de la gestante respecto a la seguridad y comodidad, el acceso de la atención, la

eficacia y la competencia profesional. Esta mostró una adecuada validez de constructo y tiene buena confiabilidad. Nuestra escala presentó cuatro dimensiones: seguridad-comodidad, acceso, eficacia y competencia profesional.

Tabla 3.
Correlaciones entre dimensiones de la escala de percepción de la calidad en la atención prenatal

	Seguridad-comodidad	Acceso	Eficacia	Competencia
Seguridad-comodidad	1,000			
Acceso	0,496**	1,000		
Eficacia	0,222**	0,341**	1,000	
Competencia	0,065	0,129**	0,172**	1,000

* $p < 0$

** $p < 0,001$

Fuente: el autor.

A fin de comparar las escalas o los cuestionarios para medir la calidad del control prenatal se debe tener en cuenta la perspectiva desde la cual se mide la calidad. En la actualidad se cuenta con cuestionarios que miden calidad de la atención en general desde la perspectiva del proveedor o la satisfacción prenatal dependiendo el país y el nivel de desarrollo (21-24). Las actividades de atención prenatal incluyen aplicar vacunas, vigilar el peso, evaluar movimientos fetales, medir la altura uterina. También se han evaluado el número de atenciones y su precocidad (25), los carnés perinatales (26), los cuestionarios (21, 22), el cumplimiento de normas (27) o las combinaciones (28).

Al comparar en detalle algunos de estos instrumentos con el aplicado en el presente estudio, Sword *et al.* (21), en Australia, desarrollaron un instrumento que básicamente medía elementos del contenido de la atención y actividades realizadas tales como evaluación de la presión arterial, análisis de sangre y ecografías; además contemplaron tres dimensiones: comunicación, toma de decisiones centradas en la paciente y estilo interpersonal, con una validez de constructo aceptable. En Latinoamérica, Ramos (23) en México empleó cinco dimensiones: calidad de la atención médica, aspectos organizativos, relación equipo de atención primaria-paciente, accesibilidad física, y disponibilidad y satisfacción global.

Desde el punto de vista de la satisfacción de la paciente, Smith (22) en el Reino Unido publicó un cuestionario que evaluaba la satisfacción en la atención prenatal. Encontró significancias para su cuestionario en sus dimensiones cuidado profesional, información dada, conocimiento de sus cuidadores, entorno clínico, momento de las citas, sala de espera, acceso a la clínica, facilidad para estacionamiento, utilidad de las clases prenatales, apoyo de compañeras, monitorización del latido fetal y satisfacción general. Heaman *et al.* (24) construyeron un cuestionario que mide la calidad de la atención prenatal con seis dimensiones: intercambio de información, orientación anticipatoria, tiempo suficiente, accesibilidad, disponibilidad, y apoyo y respeto; ellos distinguen entre calidad y satisfacción, y sostienen que la calidad se define como un juicio o evaluación de varias dimensiones específicas para el servicio que se presta, mientras que la satisfacción es una respuesta afectiva o emocional a una experiencia específica de los usuarios. De esta manera, la escala que se presenta hace un aporte a la evaluación de la calidad desde la percepción de la gestante que complementa la evaluación de la satisfacción.

Como limitación habría que tener en cuenta que la evaluación de la percepción de los pacientes tiene sus limitaciones, por ejemplo, Rodríguez y Lugo (29) sostienen que la diversidad de eventos y

percepciones con la que cuentan los seres humanos haría muy difícil lograr la satisfacción en todos ellos.

Asimismo, se encuentra que la escala ha sido empleada en gestantes de áreas urbanas, por lo que sería recomendable replicarla en otros contextos. Consideramos que la muestra aplicada permite tener evidencias generales para el grupo urbano. Faltaría analizar más dimensiones de la calidad que aún no se han podido medir en la investigación, como las descritas en los otros estudios.

CONCLUSIÓN

Se presenta una escala que evalúa cuatro dimensiones que reflejan la calidad del control prenatal desde la perspectiva de la gestante, con buena validez de constructo y confiabilidad.

AGRADECIMIENTOS

A la magíster Paola Camarena Rodríguez y la magíster Ruth Otárola La Torre por la facilitación de las bases de datos.

REFERENCIAS

- Schwarz R, Sala L. *Obstetricia*. 6° ed. Buenos Aires: Editorial Ateneo; 2005.
- Ximenes F, Leite J, Fuly P, Cunha I, Clemente A, Dias M, et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2008;61:595-602. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000500011>.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar ENDES 2015 Nacional y Departamental. Lima mayo de 2016.
- Vettore M, Dias M, Vettore M, Leal M. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2013;13:89-100. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292013000200002>.
- Ministerio de Salud (Perú). Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna. NTS 105-MINSA/DGSP-V-01. Resolución Ministerial 827-2013/MINSA del 24 de diciembre de 2013.
- León S. Calidad en la prestación de los servicios de salud ¿Mito o realidad? *Salud en Tabasco*. 2012;18:77-8.
- DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de la calidad. 2° ed. USAID; 1994.
- Oliveira R, Fonseca C, Carvalhaes M, Parada C. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2013;21:546-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200011>.
- Camarena L, Von Glascoe C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2007;25:41-9.
- Ministerio de Salud (Perú). Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud; 2004.
- Cunningham F, Levine K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap I, Wenstrom K. *Obstetricia de Williams* 22° ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
- Pérez A, Donoso E. *Obstetricia*. 2° ed. Santiago: El Mediterráneo; 1992.
- Mongrut A. *Tratado de obstetricia normal y patológica*. 4° ed. Lima; 2000.
- Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto-Octubre 2004. [Tesis]. Managua (Nicaragua) Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2004.
- Maderuelo J, Haro A, Pérez F, Cercas L, Valentín A, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit*. 2006;20:31-9. <https://doi.org/10.1157/13084125>.
- Morris M, Gambone J. Mejoramiento continuo en la atención médica. *Clin Obstet Ginecol*. 1994;1:127-36.
- Loegering L, Reiter R, Gambone J. Valoración de la calidad en la atención médica. *Clin Obstet Ginecol*. 1994;1:113-25.

18. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011 [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
19. Camarena P. Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina – EsSalud – 2011 [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
20. Otárola R. Factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al abandono al control prenatal en centros y puestos de salud Hospital San Juan de Lurigancho 2012 [Tesis]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
21. Sword W, Heaman M, Biro M, Homer C, Yelland J, Akhtar-Danesh N, Bradford-Janke A. Quality of prenatal care questionnaire: Psychometric testing in an Australian population. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:214. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0644-7>.
22. Smith L. The WOMB (WOMen's views of Birth) antenatal satisfaction questionnaire: Development, dimensions, internal reliability, and validity. *Br J Gen Pract.* 1999;49:971-5.
23. Ramos M. Fiabilidad y validez de un cuestionario de satisfacción del paciente en Guadalajara. *Semergen.* 2000;26:525-9. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(00\)73653-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(00)73653-7).
24. Heaman M, Sword W, Akhtar-Danesh N, Bradford A, Tough S, Janssen P et al. Quality of prenatal care questionnaire: Instrument development and testing. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014;14:188. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-188>.
25. Andreucci C, Cecatti J, Macchetti C, Sousa M. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúd Públ.* 2011;45:854-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000064>.
26. Del Valle García N, Nápoles E, Del Valle J, Plasencia C, Matamoros D. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. *Medisan.* 2010;14:641-8.
27. Vilarinho L, Nogueira L, Nagahama E, Eriko I. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery.* 2012;16:312-9. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200015>.
28. Anversa E, Bastos G, Nunes L, Dal Pizzol T. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúd Públ.* 2012;28:789-800. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>.
29. Rodríguez-León A, Lugo-Zapata D. Garantía de la calidad en salud. *Salud en Tabasco.* 2006;12:551-4.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Anexo 1.						
Escala de percepción de la calidad de la atención prenatal						
Ítem		Definitivamente no	Probablemente no	Ni sí, ni no	Probablemente sí	Definitivamente sí
Seguridad-comodidad						
1	¿Considera que el establecimiento de salud es seguro?	1	2	3	4	5
2	¿Considera que el consultorio prenatal es seguro?	1	2	3	4	5
3	¿Considera que los ambientes del establecimiento son cómodos?	1	2	3	4	5
4	¿Considera que los servicios higiénicos son adecuados?	1	2	3	4	5
5	¿Considera que el consultorio prenatal es cómodo?	1	2	3	4	5
Acceso						
6	¿Considera que el horario de atención es adecuado?	1	2	3	4	5
7	¿Considera que la organización de establecimiento facilita la atención?	1	2	3	4	5
8	¿Considera que fue fácil acceder a la consulta prenatal?	1	2	3	4	5
Eficacia						
9	¿Considera que el control es adecuado gracias a sus normas?	1	2	3	4	5
10	¿Considera que el control prenatal es adecuado en sus orientaciones?	1	2	3	4	5
Competencia profesional						
11	¿Considera que el control prenatal lo manejaban adecuadamente?	1	2	3	4	5
12	¿Está de acuerdo con las actividades que realizaban en el control prenatal?	1	2	3	4	5

Fuente: el autor.