
ACUERDO NO. 1373 CON FECHA DEL 12 de febrero de 2015 DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

**“PERCEPCIÓN DE GESTANTES SOBRE LOS BENEFICIOS Y
BARRERAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO
PRENATAL”**

TESIS PARA: **Maestría en Ciencias de la Enfermería**

PRESENTA(N): **LUZ MARY PADILLA GARRIDO**

DIRECTOR(A) DE TESIS: **NANTLI ASHIMA RODRÍGUEZ MURGUIA**

ASUNTO: Carta de liberación de tesis.

Aguascalientes, Ags., 20 de noviembre de 2022.

LIC. ROGELIO MARTÍNEZ BRIONES
UNIVERSIDAD CUAUHTÉMOC PLANTEL AGUASCALIENTES
RECTOR GENERAL

P R E S E N T E

Por medio de la presente, me permito informar a Usted que he asesorado y revisado el trabajo de tesis titulado:

“Percepción de gestantes sobre los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal”

Elaborado por **Luz Mary Padilla Garrido**, considerando que cubre los requisitos para poder ser presentado como trabajo recepcional para obtener el grado de **Maestra en Ciencias de la Enfermería**.

Agradeciendo de antemano la atención que se sirva a dar la presente, quedo a sus apreciables órdenes.

ATENTAMENTE



Dra. Nantli Ashijia Rodríguez Murguía
Directora de tesis

A Quien Corresponda
Presente

Asunto: Responsiva de integridad académica

Yo, LUZ MARY PADILLA GARRIDO, con matrícula AMCO 18011, egresado del programa Maestría en Ciencias de la Enfermería, de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, identificado con IFE-INE o CC, Nº63464661, pretendo titularme con el trabajo de tesis titulado:

“Percepción de gestantes sobre los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal”.

Por la presente Declaro que:

- 1.- Este trabajo de tesis, es de mi autoría.
- 2.- He respetado el Manual de Publicación APA para las citas, referencias de las fuentes consultadas. Por tanto, sus contenidos no han sido plagiados, ni ha sido publicado total ni parcialmente en fuente alguna. Además, las referencias utilizadas para el análisis de la información de este Trabajo de titulación están disponibles para su revisión en caso de que se requiera.
- 3.- El Trabajo de tesis, no ha sido auto-plagiado, es decir, no ha sido publicado ni presentado anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4.- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en el trabajo de tesis, constituirán aporte a la realidad investigada.
- 5.- De identificarse fraude, datos falsos, plagio información sin citar autores, autoplagio, piratería o falsificación, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes, Instituto de Educación de Aguascalientes, la Secretaría de Educación Pública, Ministerio de Educación Nacional y/o las autoridades legales correspondientes.
6. Autorizo publicar mi tesis en el repositorio de Educación a Distancia de la Universidad Cuauhtémoc, plantel Aguascalientes.



Luz Mary Padilla Garrido

luzmarypadilla74@hotmail.com - 3112787326

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VII
DEDICATORIA	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCION	11
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1. Formulación del problema	17
1.1. Planteamiento del problema	17
1.1.1 Contextualización	18
1.1.2 Definición del problema	27
1.2. Pregunta de investigación	30
1.3. Justificación	30
1.3.1 Conveniencia	34
1.3.2 Relevancia social	35
1.3.3 Implicaciones prácticas	36
1.4. Hipótesis	37
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	39
2.1 Teoría que sustenta el trabajo	40
2.1.1 Principales supuestos	42
2.2 Análisis conceptual de percepción de barreras y beneficios del control prenatal	

.....	43
2.2.1 Aspectos históricos de la atención al embarazo	43
2.2.2. Conceptualización de la atención del cuidado prenatal	45
2.2.3. Atención prenatal	50
2.2.4. Ruta para mejorar la salud materna	54
2.2.5 Barreras de acceso a los servicios de salud	58
2.2.6 Beneficios del control prenatal	62
2.3. Marco referencial	64
2.3.1 Estudios empíricos sobre la atención prenatal	64
2.3.2 Estudios empíricos de Beneficios y barreras del control prenatal	67
CAPÍTULO III MÉTODO.....	77
3.1. Objetivo	78
3.1.1 General	78
3.1.2 Específicos	79
3.2. Participantes	79
3.2.1 Población objeto de estudio.....	79
3.3 Escenario	81
3.4 Instrumentos de información	82
3.4.1 Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal	82

3.5 Procedimiento	83
3.6 Diseño del método.....	83
3.6.1 Diseño	83
3.6.2 Momento de estudio	84
3.6.3 Alcance del estudio	85
3.7 Operacionalización de Variables.....	85
3.8 Análisis de datos	89
3.9 Consideraciones éticas	89
CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	92
4.1 Características sociodemográficas de las mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la institución prestadora de salud del municipio de Piedecuesta	94
4.2 Resultados de la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal que asisten a una institución prestadora de salud en el municipio de la Piedecuesta, Colombia, en el primer semestre del año 2022	96
4.3 Resultados de la asociación de los datos sociodemográficos con los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal	103
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	109
CONCLUSIONES	117
MATRIZ DOFA	123
REFERENCIAS	125
ANEXOS	136

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 51de 2021	22
Tabla 2. Conceptualización de las Variables	85
Tabla 3. Distribución de la población estudiada según variables sociodemográficas...	94
Tabla 4. Percepciones personales de beneficios al inicio del Control Prenatal	97
Tabla 5. Percepciones de dificultad que tiene la embarazada para ir al Control Prenatal	99
Tabla 6. Actitud negativa acerca del embarazo y el Control Prenatal.....	101
Tabla 7. Correlación de Beneficios y Barreras	103
Tabla 8. Correlación de Barreras y Actitud	104
Tabla 9. Correlación de Edad y el Inicio Control Prenatal	104
Tabla 10. Correlación de Gestación y Régimen	105
Tabla 11. Correlación de Edad Gestacional y el Inicio control Prenatal	105
Tabla 12. Correlación de Estado civil y Nivel Educativo	106
Tabla 13. Correlación de Estrato y Régimen	107

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 51 de 2021	24
Figura 2. Resultados de los datos sociodemográficos de las gestantes	96
Figura 3. Resultados de los beneficios percibidos por las gestantes	97
Figura 4. Resultados de las barreras percibidas por las gestantes	100
Figura 5. Resultados de las actitudes negativas de las gestantes hacia el embarazo.....	102

AGRADECIMIENTO

A Dios por nunca desampararme y guiarme en este proceso.

A mi familia por ser el motor de mi vida y por el apoyo que recibí durante la ejecución de este proyecto.

A mis docentes y en especial a mi tutora, Nantli Ashima Rodríguez Murguía, por su disposición, ayuda, paciencia y dedicación.

A mis amigos, especialmente a Mayra Barajas, por su disposición, paciencia y tolerancia durante la elaboración del proyecto.

A la Institución prestadora de salud del municipio de Piedecuesta por brindarme la oportunidad de trabajar con las gestantes y aplicar el instrumento.

A las gestantes que formaron parte de este estudio, por su disposición y participación en el proceso de investigación

A la Universidad Cuauhtémoc y la Facultad de Enfermería por el aporte en la formación académica y el crecimiento personal y profesional logrado durante este recorrido.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a toda mi familia, especialmente a mis padres Gerardo y Rosaura, mis niños María Juliana, Kimberly Dayana y Juan Camilo, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me permitieron llegar a cumplir un sueño más. Gracias papitos por inculcarme el ejemplo de esfuerzo, perseverancia y valentía y de confiar siempre y no temer porque Dios está conmigo y por darme ese ánimo que necesité durante este proceso.

También quiero dedicar este logro a todos mis amigos, por apoyarme cuando más lo necesité, por extender su mano en momentos difíciles, por el amor brindado cada día y porque siempre recibí ese apoyo que hizo posible que este trabajo se realizara con éxito, de verdad mil gracias, siempre los llevaré en mi corazón.

Mary Padilla Garrido

RESUMEN

El control prenatal es la principal estrategia para disminuir las altas cifras de morbimortalidad materna y perinatal que aún existen en la actualidad, por tanto, la motivación y participación de las gestantes es una exigencia y un compromiso de todos. El objetivo general fue determinar la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras en el programa de atención prenatal que asisten a una institución de salud en la ciudad de Piedecuesta. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, con diseño no experimental y corte transversal, donde participaron 102 mujeres que asistieron al servicio de consulta externa. Se utilizó el instrumento “Cuestionario de Beneficios y barreras del control prenatal” (Alfa de Cronbach de 0.70). Dentro de los resultados obtenidos resalta que los Beneficios percibidos del control prenatal fueron el aprender a proteger su salud (99.02%), hablar acerca de su embarazo (99.02%) y tener un bebé sano (100%). Las principales Barreras fueron el sentirse deprimida (14.4%), sentirse estresada (25.5%), mucha espera para obtener una cita (33.3%), no encontrar cita (35,3%) y mucha espera antes de su atención (29.4%). Las actitudes negativas fueron el no necesitar control prenatal (7%), embarazo no planeado (40%), acudir tarde a confirmar el embarazo (32%), no querer que la gente se entere del embarazo (14%) y estar ocupada (20%). Como conclusión se menciona que las mujeres gestantes no asisten a sus controles prenatales por diversas razones, conocer sus percepciones es una estrategia relevante para identificar acciones oportunas para minimizar las posibilidades de muerte materna y/o perinatal.

Palabras claves: percepción, beneficios, barreras, atención prenatal, factores sociodemográficos, morbimortalidad.

ABSTRACT

Prenatal control is the main strategy to reduce the high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality that still exist today, therefore, the motivation and participation of pregnant women is a requirement and a commitment of all. The general objective was to determine the perception of pregnant women about the benefits and barriers in the prenatal care program that attend a health institution in the city of Piedecuesta. A quantitative, correlational, non-experimental design, cross-sectional study was carried out, with the participation of 102 women who attended the outpatient service. The instrument "Questionnaire of Benefits and barriers of prenatal control" (Cronbach's Alpha of 0.70) was used. Among the results obtained, it stands out that the perceived benefits of prenatal control were learning to protect their health (99.02%), talking about their pregnancy (99.02%) and having a healthy baby (100%). The main Barriers were feeling depressed (14.4%), feeling stressed (25.5%), waiting too long to get an appointment (33.3%), not finding an appointment (35.3%) and waiting too long before receiving care (29.4%). The negative attitudes were not needing prenatal control (7%), unplanned pregnancy (40%), going late to confirm the pregnancy (32%), not wanting people to find out about the pregnancy (14%) and being busy (20%). In conclusion, it is mentioned that pregnant women do not attend their prenatal check-ups for various reasons, knowing their perceptions is a relevant strategy to identify timely actions to minimize the chances of maternal and/or perinatal death.

Key words: perception, benefits, barriers, prenatal care, sociodemographic factors, morbidity and mortality.

INTRODUCCIÓN

La gestación es una de las etapas más significativas para la mujer y su familia, no solo por los cambios que suceden a nivel biopsicosocial, también por los diferentes cuidados que son nuevos para ella, pero que son propios del proceso del embarazo, y enmarcadas estas en un contexto sociocultural que influye directamente en el embarazo y que, según algunos autores, estas acciones son las que determinan el bienestar del binomio madre – hijo. Pero, desafortunadamente en pleno siglo XXI, aún se hallan negligencias en la atención a este importante grupo de mujeres gestantes, viéndose esto reflejado en las estadísticas de supervivencia infantil y materna, pues a pesar de que las tasas de mortalidad infantil mejoran, no sucede lo mismo con las tasas de mortalidad materna las cuales se han mantenido estáticas desde principios de la década de los 80, presentándose un aumento significativo en los nacimientos que van a la par con el incremento del número de muertes maternas (Carrillo U., 2007).

Sin lugar a duda, un elemento significativo que puede aportar en la reducción de estas elevadas cifras de morbimortalidad materna es llevar a cabo una adecuada atención preconcepcional y/o un apropiado control prenatal, y la Organización Panamericana de Salud lo define como un conglomerado de acciones que se llevan a cabo con la mujer embarazada cuyo fin es lograr el mejor estado de salud y bienestar de ella y su hijo. Además, es el proceso con mayor efectividad y eficacia para la detección temprana de las alteraciones en el embarazo y las del hijo que está por nacer (Miranda Mellado & Castillo Avila, 2016).

En consecuencia, Prieto Bocanegra (2016), menciona que, si estas formas de cuidado fueran reconocidas eficazmente por el personal de salud que atiende a las mujeres gestantes y se les diera la importancia que ésta amerita, se podrían obtener los medios que permitieran ofrecer una atención en salud con calidad y humanización, y a su vez, se tendría una significativa reducción en los indicadores de morbilidad materna y perinatal y por consiguiente, un aumento en los estándares de satisfacción del cliente, siendo esta la base fundamental para la mejora continua de la atención con calidad en los servicios de salud que son ofertados en las diferentes instituciones.

Rodríguez-Páez et al. (2014) refieren que el hecho de no asistir a los controles prenatales se asocia no solamente a la disponibilidad de infraestructura de salud, sino que adicionalmente, está relacionada con limitantes de carácter económico, social, cultural y geográfica que, en diferentes ocasiones, no se incluyen en los planes de atención, las políticas y normativas de los sistemas de salud. Por ello, se hace necesario que los sistemas de salud tengan un enfoque inter y transectorial, donde la estrategia de atención primaria en salud llegue a ser el camino para erradicar esta serie de dificultades que limitan el acceso seguro y con calidad a los servicios de salud, en este caso en particular, del control prenatal.

Se precisa entonces que el personal sanitario, especialmente el profesional de enfermería, fomente y fortalezca la adherencia de las gestantes al programa de atención para el cuidado prenatal a través de estrategias que motiven la participación activa de esta población y que permitan a su vez, conocer su percepción sobre los beneficios, barreras y actitudes negativas a cerca del embarazo y sus expectativas sobre el propio

cuidado prenatal, contribuyendo igualmente al personal de salud, a determinar cuáles de estas podrían ser la razón de la inasistencia o el abandono al programa de atención del cuidado prenatal, y que según autores, es la causa que conlleva al aumento en las cifras de morbimortalidad materna y perinatal (WHO, 2016).

Con base en lo anteriormente descrito, surge el interés de realizar la presente tesis, la cual está enfocada en conocer la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras de la atención del cuidado prenatal y su implicación en el estado de salud y bienestar e identificar y asociar las características sociodemográficas y obstétricas con las variables objeto de estudio que faciliten la identificación de las barreras o limitaciones que conllevan a la mujer gestante a que no participe o abandone el programa de atención para el cuidado prenatal y que finalmente vivencien su experiencia del parto con total desconocimiento. La pregunta de investigación que se abordó fue ¿existe asociación entre la percepción de los beneficios y barreras de la atención prenatal que tienen las mujeres gestantes y los factores sociodemográficos, en una institución prestadora de salud en la ciudad de Piedecuesta, Colombia?

Por lo cual se realizó un estudio de carácter cuantitativo, de alcance correlacional, diseño no experimental y corte transversal, donde participaron 102 mujeres gestantes, que asistieron al programa de atención en el cuidado prenatal, abordadas de manera secuencial, seleccionadas por conveniencia, provenientes de la institución prestadora de salud MEDICLINICOS IPS S.A.S, adscrita al programa de Maternidad segura que lidera la Secretaría de Salud del municipio de Piedecuesta, Colombia, durante el periodo abril

– mayo de 2022.

El contenido de la tesis está dividido en varios capítulos, en el primero se describe el planteamiento del problema, en el segundo capítulo se presenta el marco teórico y el análisis conceptual de cada una de las variables; de forma continua, en el capítulo tres se describieron los métodos de análisis y los conjuntos de datos que se utilizaron. En el capítulo cuatro se discuten los resultados y en el capítulo cinco se mostraron las conclusiones y se sugieren posibles temas para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal debe ser una prioridad en todos los programas y políticas de Salud, sin embargo, no todas las mujeres gestantes utilizan estos servicios, y quienes lo hacen, algunas veces no se sienten satisfechas con el servicio; en esto pueden estar implicados ciertos factores individuales y algunas limitantes para el acceso a los servicios de salud, y no es ajeno, que estos han sido muy poco estudiados. Si bien es cierto, los factores relacionados con las barreras de acceso y la calidad percibida en la atención del cuidado prenatal son múltiples, y pueden variar según los diferentes determinantes sociales y culturales propios de las gestantes y del enfoque de los sistemas de salud en lo que se refiere a la cobertura y al mismo acceso de estas mujeres a los servicios de atención prenatal. De hecho, abordar de manera integral a la mujer gestante durante todo su proceso como estrategia para la prevención y la atención en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, debe involucrar el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de morbilidades durante su etapa evolutiva del embarazo, sino también como el goce del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y pueda afrontar su maternidad dignamente (MSPS, 2016).

En efecto, desde 1990, la mortalidad materna en el mundo se ha reducido en un 44 %, lo que supone un logro muy importante, pero en la actualidad las mujeres siguen muriendo, pues alrededor de 830 mujeres gestantes fallecen cada día por causas relacionadas con los embarazos o los partos, es decir, aproximadamente una mujer cada dos minutos y por cada mujer que muere, veinte o treinta presentan complicaciones con resultados nefastos y secuelas importantes. No obstante, la mayoría de estas muertes y lesiones se podrían evitar totalmente. Conseguir que la maternidad entrañe menos

riesgos es un imperativo en materia de derechos humanos y es una de las prioridades fundamentales del mandato del Fondo de Naciones Unidas - UNFPA (Organización Mundial de la Salud et al., 2019).

Aunque desde épocas remotas se habla de atención prenatal y con el paso de las décadas se hallan creado diferentes políticas de salud, prácticas y estrategias nacionales e internacionales cuyo objeto radica específicamente en garantizar la salud y el bienestar de la gestante y el recién nacido y, con esto, disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal, estas siguen siendo inaceptablemente altas, pues a pesar de tener progresos considerables, los países ven la necesidad de tener un mayor compromiso de consolidar y acelerar los avances y ampliar las agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y bienestar (OPS/OMS, 2018).

1. Formulación del problema

1.1 Planteamiento del problema

Aunado a lo anteriormente expuesto, ya existe de hecho, una problemática social desde cualquier punto de vista donde se quiera ver y desde cualquier perspectiva que permita un abordaje en el contexto de la morbilidad materna y perinatal, la cual se ha convertido en objeto de discusión haciendo parte de una agenda inconclusa, ya que se considera como uno de los desafíos más importantes del mundo, a pesar de los considerables logros alcanzados en la última década, según lo reporta la Organización Panamericana de la Salud (“Estrateg. Para Poner Fin a La Mortal. Matern. Prevenible,”

2020)

1.1.1 Contextualización.

La organización mundial de la salud establece que las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, lo que conlleva a presentar un mayor riesgo de muerte durante el embarazo. Así mismo, el riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida es bastante significativo, ya que en los países desarrollados se presenta 1 en 4900 y los países en desarrollo 1 en 180 mujeres. De hecho, muchas mujeres gestantes mueren por complicaciones que se producen durante el embarazo, el parto o después de ellos, siendo estas prevenibles o tratables (Alvarez-Bravo, 1970). Aunado a esto, cada día mueren en todo el mundo aproximadamente 830 mujeres por complicaciones que están relacionadas con el embarazo o el periodo del parto; también, para el año 2015 se evaluaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, en este orden, llama la atención que más de la mitad de estas cifras de mortalidad materna se presentan en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (Alvarez-Bravo, 1970).

Por otra parte, resulta claro que es el periodo del parto y durante el post parto donde se observa mayor vulnerabilidad en las mujeres, pues es allí donde ocurren diferentes e importantes cambios físicos, psicológicos y sociales que influyen en la dinámica individual, a su vez, la manera en la que ella vive esos cambios repercute de forma directa en su vivencia sobre el proceso de maternidad. Pero lamentablemente, se estima que cada año mueren 2,8 millones de mujeres embarazadas y recién nacidos, lo

que corresponde a 1 cada 11 segundos, la mayoría por causas prevenibles. Una cifra alarmante teniendo en cuenta que la mayoría de estas muertes son prevenibles (UNFPA, 2021). A pesar de esto, desde el año 2000, las muertes infantiles se han reducido prácticamente a la mitad y las muertes maternas han disminuido en más de un tercio, principalmente gracias a un mejor acceso a servicios de salud asequibles y de calidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019).

No obstante, prevenir estas muertes maternas sigue siendo un problema pendiente por solucionar y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo, a pesar de los avances que se tienen en el último decenio. A partir de ahí, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se establece que de aquí al año 2030, ningún país debería tener una razón de mortalidad materna superior a setenta muertes por cada cien mil nacidos vivos (OPS, 2019). No cabe duda que la inasistencia al control prenatal trae consigo consecuencias tanto para la madre como para el neonato, que pueden ser irreversibles, algunas de ellas como la morbilidad materna extrema que están relacionadas con complicaciones obstétricas como las hemorragias posparto, los embarazos ectópicos, eclampsia, sepsis, tromboembolismo pulmonar, ruptura uterina y el síndrome de HELLP (Miranda Mellado & Castillo Avila, 2016).

Según el informe del consenso estratégico internacional para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, el descenso de las muertes de las mujeres gestantes en América Latina y el Caribe se ha detenido, pues en los datos estadísticos más recientes señalan que fallecen 67,2 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos. Igualmente, en los últimos informes del Grupo Interagencial de Estimaciones de Mortalidad Materna

de las Naciones Unidas muestran un problema aún más grave, teniendo en cuenta que la razón de muerte materna en la región es mayor en relación a la previamente estimada y un declive anual menor que el conocido hasta el año 2015; a su vez, se describe que las causas de las muertes maternas más comunes son las hemorragias obstétricas, los síndromes hipertensivos asociados al embarazo, complicaciones en abortos, septicemia, entre otras causas directas e indirectas (UNFPA América Latina y El Caribe _ Consenso Estratégico Interagencial Para La Reducción de La Morbi-Mortalidad Materna_ Orientaciones Estratégicas Para El Decenio 2020-2030, n.d.).

En efecto, todas estas muertes maternas se presentan en los países subdesarrollados y lamentablemente, gran parte de estas se podría haber evitado. No obstante, desde el año 1990 varios países de la región sur del Sahara han reducido a la mitad las cifras de muerte materna. Además, en otras regiones del Asia y el Norte de África, los progresos han sido más altos. Entre el año 1990 y el año 2015, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos (RMM mundial) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir del año 2000 se vio un crecimiento en esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre los años 2000 y 2010 superaron el 5,5%. No obstante, es pertinente describir que una oportuna y adecuada atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto pueden prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo (OMS, 2016).

Aunado a lo anterior, muchas mujeres gestantes siguen perdiendo la vida en la región por causas que son evitables y otras presentan complicaciones que afectan su

salud durante el transcurso de sus vidas, también, es preciso mencionar en este párrafo que dichas muertes se presentan en mujeres indígenas, afrodescendientes, mujeres con pocos recursos, sin escolaridad o con un nivel educativo bajo, mujeres adolescentes y jóvenes, quienes con el grado de vulnerabilidad que vivencian, ven atropellado su derecho a la salud y a la vida, y además, los millones de familias y grupo de comunidades, que también vivencian pérdidas y duelos emocionales, sociales y económicas (UNFPA América Latina y El Caribe _ Nuevo Documento Revela Que Hay Un Estancamiento En La Reducción de La Mortalidad Materna En La Región, n.d.).

En Colombia, en el boletín epidemiológico semanal correspondiente a la semana epidemiológica 51 de 2021, periodo comprendido del 19 al 25 de diciembre de 2021, se notificaron 652 muertes maternas, 476 corresponden a mortalidad materna temprana (ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), 134 tardías (ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación) y 42 por causas coincidentes (lesiones de causa externa). Se observa un aumento del 20,8 % en la mortalidad materna temprana respecto al 2020. La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 51 es de 76,8 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de Vichada, Chocó, Santa Marta, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Casanare, Buenaventura, y Meta (BES, 2021).

Para la semana epidemiológica 51 de 2021 se observó un aumento significativo en las muertes maternas tempranas comparado con el promedio histórico en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, Bolívar, Casanare, Cesar, Córdoba, Huila,

Magdalena, Meta, Quindío, Santander, Santa Marta, Tolima, Valle del Cauca y Cali y disminución en la entidad territorial de Cauca. En cuanto a las causas de muerte materna temprana el 29,8 % corresponde a causas directas y el 47,9 % a causas indirectas. Las principales causas de muerte materna directa corresponden a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 13,7 % y la hemorragia obstétrica con el 9,5 %, la principal causa de muerte indirecta es neumonía por COVID-19 con el 28,8 %, como se muestra en la Tabla 1 (BES, 2021).

Tabla 1. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 51de 2021

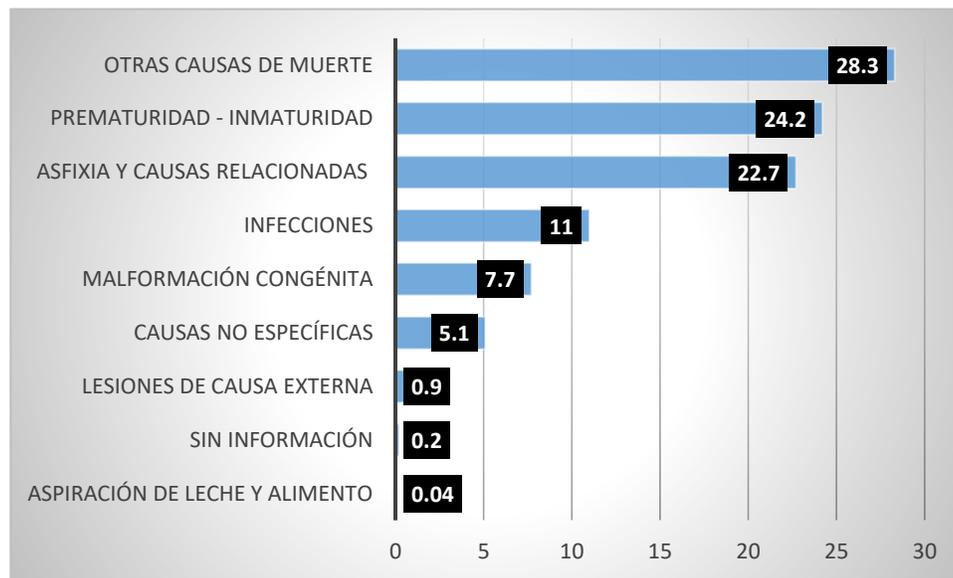
Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	142	29,8
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	65	13,7
Hemorragia obstétrica	45	9,5
Evento tromboembólico como causa básica	12	2,5
Sepsis relacionada con el embarazo	11	2,3
Embarazo terminado en aborto con causa directa un evento tromboembólico	3	0,6
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	0,6
Otras causas directas	2	0,4
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	0,2
INDIRECTA	228	47,9
Otras causas indirectas: Neumonía por COVID - 19	137	28,8

Otras causas indirectas	34	7,1
Sepsis no obstétrica: neumonía	28	5,9
Otras causas indirectas: cáncer	9	1,9
Sepsis no obstétrica	8	1,7
Evento tromboembólico como causa básica	6	1,3
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	0,6
Otras causas indirectas: malaria	2	0,4
Otras causas indirectas: dengue	1	0,2
EN ESTUDIO	106	22,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

Así mismo, la semana epidemiológica anteriormente referenciada, presenta que la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 14,4 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. De las cuales, se tiene que, según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor cifra la ocupan las muertes perinatales antes del parto con un 49,0 % (4 377), seguido de las muertes neonatales tempranas con un 25,9 % (2 311), las muertes neonatales tardías con un 14,90 % (1 329) y las muertes perinatales intraparto con un 10,2 % (909). En efecto, se tiene que, según el informe, en relación con las causas de muerte agrupadas, se observó que la mayor proporción la ocupan otras causas de muerte con un 28,3 %, principalmente por trastornos de origen perinatal y placentarios, seguido por prematuridad-inmadurez con un 24,2 % y asfixia y causas relacionadas con un 22,7 %, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 51 de 2021



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud (INS), reporta que en Colombia durante el 2020 se produjeron 409 muertes maternas tempranas, es decir, ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; 100 muertes más que las proyectadas para el mencionado año (UNFPA, 2021). En efecto, se debe reconocer la eficacia que ha tenido la atención del cuidado prenatal, incluso en embarazos saludables, debido a su connotación para identificar aquellas gestantes que tienen mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregar intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuir a promover conductas saludables durante el embarazo. Igualmente es conveniente destacar que en Colombia la mortalidad materna se ha orientado al declive a través de los años, pues entre el año 2000 y el año 2008 bajó a 44,3 muertes maternas, pasando de 104,9 a 60,7 por cada 100.000 nacidos

vivos; así mismo, entre el año 2008 y el año 2011, la tasa de mortalidad varió de 60,7 a 71,6 y finalmente entre los años 2011 y 2018 se presentaron 19,6 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Sin embargo, los resultados apuntan a que los recién nacidos de madres sin controles prenatales poseen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con aquellos recién nacidos de mujeres que asisten a los controles prenatales. No obstante, adicional a los cuidados médicos, la atención prenatal debería incluir estrategias de educación, soporte emocional y preparación para el parto y evitar estas complicaciones (Susana Aguilera & Peter Soothill, 2014). Dentro de ese contexto, la atención del cuidado prenatal es una oportunidad indiscutible para el personal sanitario que brinda atención, apoyo e información a las mujeres embarazadas, pues esta debe incluir la promoción de un modo de vida sano, una apropiada nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, una adecuada asesoría en planificación familiar y el apoyo incondicional a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (O. M. de la Salud, 2016).

Es preciso señalar que en el análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales se refleja un aumento significativo en el municipio de Bucaramanga en la razón de mortalidad materna entre el año 2005 y 2015, pues esta sobrepasa al indicador departamental, sin embargo, durante los años 2012 al 2014 se evidencia que el municipio tiene un mejor indicador que el departamento de Santander, mientras que en el año 2015 el municipio superó ampliamente este indicador del Departamento. En relación a la mortalidad neonatal, para el año 2012 hubo una

reducción de las cifras, pero para el año 2013, los indicadores de mortalidad neonatal estuvieron por encima del valor departamental y ya en el año 2015 se disminuyeron las muertes neonatales de 6 a 4 muertes por 1.000 nacidos vivos, quedando de esta manera por debajo del valor de la tasa del departamento (secretaría de protección social, 2016).

Dentro de este marco de referencia, es importante resaltar que la situación de mortalidad neonatal, infantil y de la niñez en el municipio de Bucaramanga es muy parecida a la que se presenta en Santander, pues se observa un declive en todos los indicadores, siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas las principales causas de mortalidad (secretaría de protección social, 2016).

El informe del fondo de población de las naciones unidas expone que los avances para lograr la meta en la disminución de muertes maternas presentaron un retroceso en el año 2020 por la pandemia COVID-19, teniendo en cuenta que durante el primer periodo de la misma, diferentes países vivenciaron un aumento en las complicaciones durante el periodo de gestación por estrés, muerte materna y fetal, lo cual se vio reflejado específicamente en países de ingreso medio y bajo. Así mismo, se afirma que el aumento de estas situaciones de salud durante la gestación, el parto y el postparto tendrían una relación con barreras de acceso a los servicios de salud, y en especial, al control prenatal. Para lo cual se seguirá realizando un arduo trabajo de manera mancomunada con todas las instituciones de salud y demás entes pertinentes que favorezcan el cierre de todas las barreras de acceso a los servicios de salud en general, especialmente en las

comunidades que se encuentran en áreas rurales, con altos niveles de pobreza y déficit socioeconómico, migrantes, entre otras (INS, 2021).

La Guía de Práctica Clínica establece que cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para los controles previos, así como aquéllas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que un primer control prenatal tardío se haga con una duración de 40 minutos. Si el control prenatal se inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, se recomienda un programa de diez citas. Así mismo, no se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal. Se recomienda que las gestantes de bajo riesgo reciban en el momento de la inscripción al control prenatal, y luego en cada trimestre, una valoración de riesgo psicosocial. Si se identifica riesgo se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control (GPC, 2013).

1.1.2 Definición del problema

Existen muchos factores de riesgo cuando de un proceso de gestación se habla, ejemplos de estos factores pueden llegar a ser, la edad de la gestante o los inadecuados hábitos que esta pueda llegar a tener en el embarazo, nivel educativo, procedencia, inicio tardío del control prenatal, periodo intergenésico, primipaternidad, estrato socioeconómico, entre otros. Aunque todo este conglomerado de factores pueden llegar a ser detectados con tiempo y prevenirlos o manejar los ya existentes, de tal forma que

la madre o el feto se vean afectados, existe un problema con respecto a esto y es como tal, la inasistencia o la poca participación en los programas de atención para el cuidado prenatal, en los cuales, como su nombre lo indica, se realizan una serie de actividades y controles que se hacen en el transcurso del embarazo con el fin de poder detectar de manera oportuna cualquier factor de riesgo en el embarazo, sea este físico, psicológico, social o espiritual (Pazmiño de Osorio et al., 1998).

Siguiendo este orden de ideas y atendiendo al incremento en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal anteriormente descritos, y a la no participación de las mujeres gestantes a los controles prenatales por diferentes razones, se plantea la necesidad de conocer cuál es la percepción que tiene esta población sobre la atención del cuidado prenatal cuando asiste a una institución prestadora de salud y descubrir así mismo, si existe alguna relación con los factores sociodemográficos que permita identificar y prevenir de manera oportuna algunos factores de riesgo, contribuyendo de esta forma a salvaguardar esas vidas, y por consiguiente a la búsqueda de acciones y planes de mejora que se reflejen en una excelente calidad de atención en salud y la satisfacción de las usuarias.

Resulta claro en este momento rescatar la importancia que tiene el rol del personal sanitario en la salud de la mujer, con su relevancia al involucrarse no sólo desde su enfoque profesional sino también desde la posición que marca estrecha relación con la ética y la moral y en este sentido no puede quedar a un lado el grupo de mujeres gestantes, quienes vivencian durante su proceso de gestación cierto grado de

vulnerabilidad al verse afectadas por distintas situaciones; tal es el simple hecho de tener acceso a consultas y/o tratamientos médicos, y que a su vez son causales de algunos factores sociodemográficos relacionados con la pobreza, la ubicación geográfica, la mala alimentación y el nivel educativo (Cortés D., 2010).

De hecho, es preciso mencionar aquí el valor que tiene el rol del profesional de enfermería, quien juega un papel trascendental, teniendo en cuenta que es quien mayor tiempo tiene con la mujer gestante y por tanto, es quien debe profundizar y analizar sobre cuál es la naturaleza de la morbimortalidad en esta población tras la identificación de los factores de riesgo, ya sean sociodemográficos u obstétricos cuando la gestante acude a su consulta prenatal, teniendo en cuenta que ésta no se encuentra ligada solamente a la revisión del componente clínicos, sino también abarca su dimensión personal y social, asociándose a factores más relevantes, como lo es el componente sociocultural, económico y el acceso a los servicios de salud.

Es necesario resaltar que el inicio tardío de la atención prenatal forma parte de un problema de salud pública. Sin embargo, se ha reconocido que esta situación se encuentra asociada a diversas causas propias de las gestantes, de sus familias, condiciones sociales y culturales, e incluso, de aquellas relacionadas con el centro de salud en el que reciben la atención (Masías et al., 2019). Por otro lado, la falta de conocimientos sobre la importancia para la madre y el feto, los costos en el transporte al centro de salud, la ocupación de la gestante y la falta de planificación del embarazo, así como, el ingreso económico mensual mínimo, las actividades del hogar, la poca

disposición de tiempo, la distancia al establecimiento y el excesivo tiempo de espera para recibir la atención, son factores descritos que hacen más probable que la gestante inicie tardíamente la atención prenatal (Quijaite Masías et al., 2019).

1.2 Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre la percepción de los beneficios y barreras de la atención prenatal que tienen las mujeres gestantes y los factores sociodemográficos, en una institución prestadora de salud en la ciudad de Piedecuesta, Colombia?

1.3 Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la muerte materna es el fallecimiento de una mujer durante el periodo del embarazo y hasta los 42 días post parto o del término de la gestación, independientemente de la duración, por cualquier causa vinculada con el embarazo o que se complique por el mismo o durante su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Pero, lograr que la atención materna con calidad sea una realidad continua como un reto primordial en salud global. A pesar de la magnitud de este problema, ha sido bastante difícil comprender por qué la mortalidad materna no ha recibido la atención que amerita por parte de los diferentes entes implicados (Menéndez & Lucas, n.d.).

Más allá de esta realidad, para el personal sanitario debe ser de suma importancia conocer la percepción que tienen las mujeres gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal y a su vez identificar los factores sociodemográficos y obstétricos

que puedan estar relacionados con futuras deserciones en los programas de atención para el cuidado prenatal, y que pueden llegar a afectar directamente la salud y el bienestar no solo de la madre sino la del futuro recién nacido, trayendo consecuencias nefastas que afectan la integridad de estas vidas.

Sin embargo, en la actualidad se describen una serie de factores que podrían estar relacionados con la inasistencia al control prenatal, dentro de los cuales es preciso mencionar la edad, el nivel educativo, el deseo de estar embarazada, y los que están relacionados con el componente familiar como la percepción de la funcionalidad familiar, el tipo de familia al cual pertenece, el apoyo familiar o social, algunos factores sociodemográficos como la ubicación geográfica, que tan cercano se encuentra el centro de salud, los factores económicos y finalmente los relacionados con los servicios de la salud como la satisfacción con la atención y el régimen de afiliación.

Gracias a los aportes que trajo la resolución 412 de 2000, en Colombia se viene trabajando en pro de la salud de las gestantes, con actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, enfocadas a la atención del parto, la atención al recién nacido y las alteraciones del embarazo, y a su vez, se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (MINISTERIO DE SALUD, 2000).

En consecuencia, en el año 2018 surge una nueva política, la resolución 3280, en la cual se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención

en Salud para la Población Materno Perinatal, la cual estableció como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; en efecto, a partir de esta resolución, las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores de salud están obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores (Resoluci et al., 2018).

En este orden de ideas, este trabajo pretende conocer la percepción de las gestantes sobre las barreras y los beneficios del control prenatal con el fin de detectar y gestionar los posibles problemas de manera oportuna y aportar en las acciones de mejora que contribuyan a disminuir las cifras elevadas de morbilidad materna y perinatal y que sea referente para el personal sanitario. Se debe reconocer que la mayoría de las muertes maternas están relacionadas con causas obstétricas directas, en efecto, este dato refleja una seria limitación en la atención institucional, pues no es suficiente el hecho que la mujer acuda al centro de salud si ésta no cuenta en todo momento con personal capacitado para brindar una atención adecuada durante el proceso de gestación, para la atención durante el parto y además que tenga la habilidad para identificar y manejar de manera oportuna y correcta las complicaciones que se presente durante el puerperio. Además, estos centros de salud deberían contar siempre con los insumos, equipos y medicamentos para garantizar una atención adecuada.

En los Objetivos de desarrollo sostenible se insiste especialmente en reducir la mortalidad materna y se subraya también la importancia de no conformarse únicamente con reducir esas muertes. El mundo se fijó como objetivo acabar con las defunciones maternas prevenibles para 2030, pero al ritmo actual no se alcanzará ese objetivo por

más de un millón de muertes. La salud y la subsistencia de la madre es una necesidad prioritaria a la cual se le debe prestar una especial atención, tal como se establece en el marco de los objetivos de salud y desarrollo mundiales; aunado a esto, existe una relación de interdependencia entre el estado de la salud de la madre y las medidas por mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria, siendo el primero un reflejo de las segundas (De la Torre, 2018).

A menudo los problemas que tienen las mujeres embarazadas para acceder a los servicios de salud donde se brinda la atención del cuidado prenatal no se describen lo suficiente para percibir el hecho de vivir en la pobreza, ni cómo y en qué momento se convierte en una barrera, trayendo a su vez como consecuencia una muerte materna. Sería relevante preguntarse sobre el significado de corresponsabilidad en un ámbito social, donde las variables socioculturales tienen mucho peso al explicar por qué las mujeres indígenas son las que tienen más complicaciones durante el parto (Juárez-Ramírez et al., 2020). Si bien es cierto, la morbimortalidad materna y perinatal son desencadenantes que resultan evitables en la mayoría de los casos, pues se ha comprobado que una intervención eficaz, y el esmero en fomentar una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr un mejor estado de salud, con calidad de vida y equidad para todas las mujeres, sus familias y las comunidades (GPC, 2016).

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, se tiene que una atención humanizada y con calidad a las mujeres gestantes implica un seguimiento eficiente del

proceso, la realización de las visitas domiciliarias, los procedimientos que están basados en la evidencia científica, la participación de las usuarias y la apropiada coordinación entre todos los niveles de atención en salud. De hecho, la muerte de una mujer gestante es evitable en la mayoría de los casos, pues se ha demostrado que una intervención eficaz y la inversión en el fomento de una maternidad segura no solo disminuye la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr mejor salud, excelente calidad de vida y la igualdad para todas las mujeres, sus familias y las comunidades. Estas intervenciones resultan más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención (GPC, 2016).

En este orden de ideas, se debe tener en cuenta que es necesaria la formulación de estrategias y un plan de mejora con base en los lineamientos de los entes de salud, locales, nacionales e internacionales, que logre pactar acciones que motiven a la gestante a participar en los programas de atención para el cuidado prenatal, vinculando a su vez a su familia durante el proceso de gestación, logrando identificar los factores de riesgo, los beneficios y las barreras que impidan la asistencia al control prenatal y disminuyendo las cifras de morbilidad materna y perinatal.

1.3.1. Conveniencia

Este estudio es conveniente ya que se puede identificar la relación que hay entre la presencia de futuros casos de enfermedad y/o muertes maternas por la percepción de algunas barreras y actitudes negativas que limitan la asistencia a los controles prenatales y que de una u otra manera pueden estar vinculados con factores sociodemográficos, la inconformidad con los servicios de salud por los retrasos o las demoras en la atención

médica y la atención ofertada por el personal sanitario en los servicios de salud y que, si bien es cierto, dichos factores repercuten de manera negativa, promoviendo así mismo, el interés en la adopción de prácticas y políticas por parte de las instituciones de salud y el personal sanitario, que generen un real impacto sobre la salud y el bienestar de la gestante y su futuro hijo. Desde hace aproximadamente un siglo se realizan intervenciones a nivel mundial, con el fin de disminuir la morbimortalidad materno perinatal, siendo una de estas, la implementación de controles rutinarios durante la gestación (Navarro-Pérez et al., 2015).

1.3.2. Relevancia social

Cuando se habla de atención prenatal adecuada la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que las mujeres deben asistir a cinco o más consultas de atención prenatal durante el embarazo. Existe una asociación importante entre los beneficios que perciben la mujer gestante y el cumplimiento de las consultas del control prenatal, así como de la vinculación temprana a este; en efecto, las mujeres gestantes que piensan que ese servicio es bueno para el cuidado de la salud, tienen 5,5 veces más posibilidades de utilizarlo de la manera apropiada, que aquellas que no piensan lo mismo. Cada año mueren en el mundo más de medio millón de mujeres por causas derivadas del embarazo, fallas que podrían ser evitables con la medicina actual (Miranda Mellado & Castillo Avila, 2016).

Aunado a lo anterior, el presente estudio tiene relevancia social ya que, con la participación activa del profesional de enfermería en las actividades de promoción y

prevención en conjunto con el equipo inter y multidisciplinario, se logrará identificar los factores sociodemográficos de las gestantes y su percepción en relación a los beneficios y barreras del control prenatal, enlistando a su vez, los factores de riesgo y factores protectores y creando estrategias que incentiven la consecuente participación en los controles prenatales, trabajando en la meta del objetivo de desarrollo sostenible que define para el 2030 la tasa de mortalidad materna será menor a 70 por cada 100000 nacidos vivos, esto acorde a lo establecido en el fondo de población de las naciones unidas.

1.3.3. Implicaciones prácticas

Potenciar la adherencia a los programas de control prenatal permitirá a las mujeres gestantes mantener su salud durante el embarazo y el postparto. Por ello, esta investigación se realiza ya que se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en la percepción de las gestantes y en los datos objetivos obtenidos durante la consulta, la atención prenatal puede salvar vidas. La inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal periódicamente o hacerlo de manera irregular conlleva a peligros en la salud de la madre y el recién nacido que pueden manifestarse más adelante en consecuencias graves y en algunos casos, terminan en muerte materna y/o perinatal. Así mismo, la identificación de los factores asociados a las futuras inasistencias al control prenatal relacionados con la atención que ofertan los servicios de promoción y mantenimiento de la salud en los programas de cuidado prenatal, inmerso en la resolución 3280 de 2018, ayudará a mejorar la administración y gestión del cuidado de enfermería enfocado en una calidad en la atención, incrementando así mismo la participación en los programas y cobertura de las

gestantes controladas.

A su vez, este estudio ayudará a los profesionales de la salud, en especial a los profesionales de Enfermería, a optimizar las intervenciones de cuidado a las gestantes que requieren de atención prenatal, en aspectos orientados a mejorar las estrategias de captación y adherencia de las formas de estimular a la gestante al uso temprano y completo del número de controles prenatales y a conocer la percepción que tienen sobre los beneficios y barreras del control prenatal. Es relevante que la inasistencia a las consultas prenatales se da por diferentes factores, principalmente los de índole personal, por lo cual se hace necesario que durante la atención prenatal se aborden aspectos biopsicosociales, demográficos y culturales, que ayuden a la detección temprana de alteraciones y prevención de complicaciones que conlleven a la morbilidad materna y perinatal.

1.4 Hipótesis

Ho:

Los factores sociodemográficos no están asociados a la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal.

Hi:

Los factores sociodemográficos si están asociados a la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal.

En consecuencia, es necesario resaltar los esfuerzos que se tienen en la actualidad, tanto a nivel nacional como internacional, por reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, al igual que el interés por mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes implicadas en este evento de salud pública, por tanto, se puede considerar de obligatoriedad que en todos los niveles de atención en salud y también en las instituciones académicas donde se forman profesionales en salud, se transmita una mayor consciencia sobre la importancia que recae en este tema dentro del ámbito de la salud. Igualmente, la atención preconcepcional juega un papel importante, pues el riesgo de una muerte materna podría reducirse a través de acciones de promoción y mantenimiento de la salud, así como la educación y orientación en planificación familiar, mayor accesibilidad a los servicios de salud con calidad y que los profesionales implicados sean los idóneos para tal fin. De hecho, cualquier estrategia debe abarcar las discrepancias que existen en la prestación de estos servicios, pues el fortalecimiento de los sistemas de salud y las acciones multisectoriales son cruciales para reducir las muertes maternas y perinatales (Montealegre Pérez & García Robles, 2017).

CAPÍTULO II MARCO TEORICO

La maternidad debe ser un paso heroico en la vida de una mujer, un reconocimiento a la capacidad de cambio del cuerpo para alojar la vida de otros y otras; cuidar el vientre, las emociones, los hábitos son parte del balancear la vida día a día (M. De Salud et al., 2022). En consecuencia, el Fondo de las Naciones Unidas velando por esta premisa, establece en la meta 3 de los objetivos de desarrollo sostenible que todos los países deberán reducir la razón de mortalidad materna en al menos 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, la cual es una meta bastante ambiciosa, pero a su vez muy factible; en efecto, el personal sanitario tiene una ardua implicación en el cumplimiento de esta meta, pues es quien deberá orientar a la mujer gestante sobre los factores que pueden desequilibrar la frágil estructura emocional que evitará una futura interrupción de su proceso de adaptación a los desafíos impuestos por el embarazo. De lo contrario, podrá causar daños a su salud, desencadenando un embarazo de riesgo (Costa et al., 2010).

2.1 Teoría que sustenta el trabajo

Teoría de los cuidados de Kristen Swanson

Kristen Swanson es una teórica de enfermería, que nació el 13 de enero de 1953 en Providence, Rhode Island (E.U). Se graduó como enfermera en School of Nursing (1975), luego realizó estudios de posgraduación como Magister y Doctora en Enfermería. Los trabajos de investigación que desarrolló en el servicio materno infantil con enfoque fenomenológico descriptivo permitieron el comienzo de la teoría de los cuidados. Uno de sus aportes más relevantes es una teoría de mediano rango de cuidado que se derivó empíricamente mediante la investigación fenomenológica en tres contextos de enfermería perinatal, donde se experimentó el fenómeno de los cuidados (Villamizar &

Noguera, 2014). Swanson expone en su teoría que los cuidados son una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal en la cual enfermería debe asumir su rol con vocación de servicio (Swanson, 1991, p. 162).

La teoría de los cuidados de Swanson ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica, resaltando que la finalidad de la enfermería es fomentar el bienestar de otros. Su teoría también se encuentra estrechamente relacionada con el cuidado que ejerce la enfermería en el contexto perinatal, igualmente, es útil en la investigación, la educación y la práctica de enfermería con énfasis clínico y colectivo pues aborda al individuo y a su familia de forma integral, afirmando que, independientemente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos continuos que son elaborados por la propia actitud de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales transmitidos al usuario y las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (Raile & Marriner, 2011).

La enfermería es el arte de cuidar cuya esencia está ligada al trato humanizado y a la vocación de servicio la cual exige una serie de destrezas, una amplia gama de conocimientos técnicos y científicos y unas capacidades que son imprescindibles para establecer los vínculos significativos, que orienten el proceso adecuado de la acción cuidadora, que conlleve al logro de la satisfacción del sujeto de cuidado y su familia; a su vez, Swanson considera la enfermería como la disciplina que conoce cuales son los

cuidados para el bienestar de los otros, fundamentados en un conocimiento no solo técnico científico, sino el empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, el conocimiento ético, personal y estético que son derivados de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores, creencias y expectativas personales y sociales.

2.1.1 Principales supuestos.

En 1993, Swanson aborda un poco más su teoría de los cuidados colocando de manifiesto sus principales definiciones sobre sus principales fenómenos de interés en la disciplina enfermera: Enfermería, persona-cliente, salud y entorno.

Enfermería

Swanson define la enfermería como la disciplina de los cuidados para el bienestar de otros, fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de otras disciplinas relacionadas, por los conocimientos éticos, personales y estéticos que son derivados de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales (Swanson, 1993, p352).

Persona

Swanson, define a las personas como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas; las experiencias vitales de cada persona están mediadas por una compleja interacción de factores genéticos, sociales, espirituales y actitudinales, y por tanto, modelan y son modeladas por el entorno en el que viven. (Swanson 1993, p352).

Salud

Swanson en su teoría aborda este concepto como un complejo proceso de cuidados y recuperación que incluye el establecimiento de nuevos significados, la restauración de la integridad y finalizar con un sentimiento de plenitud (Swanson 1993, p353)

Entorno

Swanson define el entorno como cualquier ambiente que influye o que es influido por el cliente o sujeto de cuidado, encontrando inmersos aspectos culturales, sociales, biológicos, socio políticos y económicos.

Bienestar y enfermedad

Para Swanson el bienestar es vivir en un estado en el que se sienta que hace parte y que se compromete a vivir y morir. Experimentar el bienestar es vivir una experiencia subjetiva y significativa de completitud. La enfermedad es una alteración de esa sensación de bienestar de cada persona en cualquiera de sus aspectos físico o emocional, sin dejar a un lado factores internos o externos que pueden afectar directamente a la persona o sujeto de cuidado.

2.2 Análisis conceptual de percepción de barreras y beneficios del control prenatal

2.2.1 Aspectos históricos de la atención al embarazo

Entrando a revisar un poco la historia de la atención del cuidado prenatal, se traen a colación algunos apartados que muestran que en la antigüedad el poder del patriarcado o en su defecto, la autoridad tenía un carácter dominante, es decir, de vida y muerte, sobre aquellas personas que hacían parte de la posesión o patrimonio de un hombre: esposas, hijos e hijas, esclavas y esclavos. En efecto, esta figura paterna tenía el

derecho de abortar a los no nacidos, acudir al infanticidio, o matar a su familia, dejando abandonadas especialmente a las hijas, pues no tenía la obligación de mantenerlas ni de protegerlas. Así mismo, en la antigua Grecia, el aborto y la negligencia infantil eran manejados para ajustar o medir el vínculo, la población, con un objetivo eugenésico teniendo en cuenta que no tenían la capacidad económica o, no querían hacerse cargo de los más dependientes.

Hay evidencias que señalan que el proceso de maternidad durante la época de la colonia situaba la honra por encima del apego. A su vez, el desapego que las mujeres pudieran tener con la gestación y sus productos también estaría condicionado por la alta probabilidad de que, durante la colonia, tanto las mujeres como sus descendientes murieran en el parto (Flórez-Estrada Pimentel, 2005). Con el cristianismo, la maternidad se consolidaba como obligatoria y suicida o auto sacrificial, es decir, incluso al precio de sus propias vidas, para las mujeres embarazadas que, además, solo debían estarlo en el marco del matrimonio católico, y a las cuales el cristianismo también quitó el derecho al divorcio. En la antigüedad, la anticoncepción, el aborto, el infanticidio, la exposición y el abandono de la infancia eran permitidos o tolerados en diversas culturas y espacios geográficos (Aries, 1962), y no eran necesariamente considerados como delitos.

En el discurso de la antigüedad hay que hacer la diferencia entre el abandono y la exposición de la infancia: mientras que el abandono implicaba dejarla en lugares donde era muy probable que muriese, su exposición consistía en depositarla en espacios, casas o instituciones, en los que sería recogida, ya sea para trabajar en servidumbre o esclavitud, para su explotación en la prostitución, sobre todo de las niñas, o para su

adopción (Gallego, 2006). En la antigua Grecia, el aborto y el abandono de la infancia se utilizaban para regular el parentesco, la demografía, con un objetivo eugenésico, así como debido a la incapacidad económica o a la ausencia del deseo de hacerse cargo de los más dependientes.

2.2.2. Conceptualización de la atención del cuidado prenatal

La atención del cuidado prenatal está relacionada con el proceso dedicado a promover la salud de la mujer embarazada, el feto y el núcleo familiar, apoyada en la disposición de los servicios de salud. Se sugiere anticipación con la primera consulta para comprobar el resultado de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar enfermedades del aparato reproductor y crear, con base en los antecedentes y de los datos clínicos y reportes de ellos paraclínicos, una evaluación inicial de riesgo (Pineda Parra, 2009). La identificación de las causales que colocan en riesgo a la mujer gestante desde la primera intervención facilita la atención oportuna y posibles hospitalizaciones, con el fin de establecer diagnósticos o completar tratamientos y también, eliminar los eslabones existentes para direccionar, según necesidad, a una consulta con especialista. Las consultas especializadas y sus controles posteriores se rigen habitualmente por las normas de Alto Riesgo y en general requieren de personal más diferenciado, con mayor disponibilidad de tiempo por paciente y con capacidad para recurrir a especial (Pineda Parra, 2009).

La percepción de las gestantes en relación con las ventajas que se tienen con positiva participación en el programa de atención para el cuidado prenatal se considera la base fundamental que ayuda a descubrir la adherencia a un control adecuado y

cumplimiento de las consultas, por lo cual es responsabilidad del profesional sanitario explicar durante la atención prenatal la importancia sobre lo benéfico de los cuidados durante el periodo de gestación y el periodo después del parto. Además, se debe valorar que las gestantes reconocen su estado de salud y la necesidad de participar en los controles prenatales, por tanto, es un compromiso mantener esa perspectiva para sigan asistiendo al mismo (Miranda Mellado & Castillo Avila, 2016).

En consecuencia, se debe buscar armonía y adecuación en el número y calidad profesional del equipo actuante a fin de facilitar la aproximación y el equipo de salud para consolidar la relación con la familia. y capitalizar esta oportunidad única por su estímulo y receptividad para emplearla en educación para la salud. Muchos de los contenidos y mensajes administrativos a la gestante durante el control del embarazo son válidos también para todo el núcleo familiar. Contactos improductivos, no planeados, sin continuidad, realizados de prisa y sin comunicación, no satisfacen al equipo de salud, se desvalorizan a los ojos de gestantes y crean resistencia en la comunidad (Pineda Parra, 2009).

Por otra parte, en la resolución 3280 de 2018, se establece el cuidado prenatal como el conglomerado de cuidados que aportan a la salud materna, promueven el desarrollo fetal, identifican e intervienen de manera oportuna los riesgos asociados al proceso del embarazo y generar las mejores condiciones que favorezcan un parto positivo, sin complicaciones. Sin embargo, se requiere del compromiso de todos para desarrollar estrategias o planes de acción que aseguren oportunamente el hallazgo y la vinculación de estas mujeres en estado de embarazo con el programa de atención para

el cuidado prenatal, para lo cual los prestadores y entes pertinentes garantizarán, según los problemas o situaciones de riesgo identificados, la atención de estas mujeres, direccionándolas al lugar más cercano posible con su domicilio para que reciba allí una atención oportuna y con calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

De igual modo, el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, establece que es a las instituciones prestadoras de servicios de salud a quienes les corresponde asegurar los recursos y herramientas que se requieren con el fin de evitar que estas mujeres embarazadas no vayan a ser atendidas por cumplir con políticas que se hallan establecido a nivel intrainstitucional, por ejemplo que llegue tarde a la cita programada, ni tampoco, es causal de devolución de esa gestante que no tenga ninguno de los procedimientos que se presentan en los lineamientos del ministerio, lo cual impediría la vigilancia del proceso de gestación y por consiguiente, la identificación y la intervención en las condiciones de riesgo que conlleva a una gestación de riesgo y posibles complicaciones futura (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

En efecto, en Colombia, el Plan de Salud Pública 2012 – 2021, incluye como prioridad la salud sexual y reproductiva y dentro de ella se cita la importancia de mejorar la cobertura y calidad de la atención de las gestantes, implementando los mecanismos que permitan hacer una captación temprana, la identificación y el tratamiento de los riesgos biológicos y psicosociales y la implementación de estrategias que faciliten a las mujeres embarazadas que viven en zonas urbanas y rurales, el acceso a los servicios

de salud, y que en su defecto son de bajo nivel socioeconómico y de bajo nivel educativo, esto con el fin de disminuir la tasa de mortalidad materna (MinSalud, 2018).

En este orden de ideas, se debe tener presente que todas las intervenciones designadas en el control prenatal deben ser ejecutadas por un profesional médico y enfermera, quienes, a su vez, trabajaran en conjunto con nutricionistas, psicólogos trabajadores sociales, según se presente la necesidad de la interconsulta. Así mismo, cabe destacar que las citas de control durante el último mes del embarazo, en las semanas 36, 38 y 40, respectivamente, serán efectuadas por el médico, según lo establece la norma. Además, cuando la gestante le corresponda la cita de control con el profesional de enfermería, éste debe identificar las alteraciones que ella presente en alguna de sus dimensiones físicas, sociales, espirituales y culturales, las morbilidades que estén asociadas y las situaciones de salud propias del embarazo y definir si requiere valoración inmediata por el profesional médico, quien a su vez, realizará una valoración con los reportes de los paraclínicos, logrando un adecuado y oportuno manejo a esta mujer gestante que se encuentra en riesgo. No obstante, la institución de salud debe garantizar y continuar con el seguimiento de esta gestante y sus condiciones y situaciones de riesgo para que de esta manera se ofrezca una atención oportuna y evitar futuras complicaciones que conlleven a una muerte materna o perinatal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Según la resolución 3280 del año 2018, se especifica que el tiempo mínimo para la primera consulta de control prenatal es de 30 minutos, si se realiza antes de la semana diez de gestación, sin embargo, cuando una gestante inicie tarde su control prenatal,

especialmente si es posterior a la semana veintiséis de gestación, lo que se recomienda en su primer control es que se realicen todas las actividades correspondientes a las consultas anteriores, y también las de la consulta actual, para lo cual se sugiere que se realice una atención mínima durante cuarenta minutos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Ahora bien, en relación con la frecuencia de las citas de control, si el proceso del embarazo en una mujer primigestante es normal, se programarán mínimo diez controles de atención prenatal durante su gestación; pero si es múltipara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación. En el último trimestre, las consultas de seguimiento y de control se deben realizar cada mes hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40 (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2018).

En consecuencia, se recomienda a los profesionales de salud implicados, que la consulta de atención del cuidado prenatal inicie temprano y que sea con cobertura universal, que se realice periódicamente, y que a su vez esté integrada con otras acciones preventivas. Así mismo, el éxito en la adherencia al programa de atención para el cuidado prenatal por parte de las gestantes dependerá del momento en que inicie y el número de consultas realizadas, el cual puede cambiar según el mes de inicio y las dificultades que se presenten durante el embarazo. En este orden, el ministerio de salud recomienda al menos seis visitas prenatales para un embarazo a término en mujeres embarazadas sin factores de riesgo identificados, con inicio temprano, hasta el cuarto mes de embarazo y el intervalo entre las consultas no debe exceder de ocho semanas (Costa et al., 2010).

Vinculado a lo anteriormente expuesto, cabe destacar que gran parte de las cifras de mortalidad materna son evitables y, a su vez, las soluciones para prevenir o manejar de manera oportuna las complicaciones que conllevan a estas muertes, son bastante conocidas. En efecto, todas las mujeres en estado de embarazo deben tener acceso al programa de atención para el cuidado prenatal, a una consulta especializada durante el parto, y a una valoración y apoyo en las primeras semanas post parto, pues la salud de la madre y la del recién nacido siempre estarán estrechamente ligadas; aunado a esto, se tiene que alrededor de 2,7 millones de neonatos murieron en el año 2015 y otros 2,6 millones de niños nacieron sin vida, de ahí la necesidad y la importancia de tener claridad en que todos los partos deben ser atendidos por profesionales de salud idóneo, y que una atención de manera oportuna y con calidad pueden evitar complicaciones futuras en el niño y la madre (*Salud Materna - OPS_OMS _ Organización Panamericana de La Salud, n.d.*).

2.2.3. Atención prenatal

Para la OMS (2019), el control de atención prenatal es una oportunidad decisiva para que el personal sanitario ofrezca cuidado, apoyo y la información oportuna a las mujeres embarazadas. Esto debe incluir el fomento de un estilo de vida saludable, incluyendo una buena nutrición, la identificación de condicionantes de salud y la prevención de morbilidades, la asesoría en planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar vivenciando un caso de violencia sexual. Así mismo, se debe tener en cuenta que para que las mujeres embarazadas utilicen los servicios del programa de atención prenatal y también acudan cuando vayan a dar a luz, deben recibir una atención

con calidad durante todo el periodo de su gestación, en la cual se brinde seguridad y confianza y que finalmente puedan vivenciar esta experiencia de forma positiva.

La organización mundial de la salud establece que un mayor número de contactos entre las mujeres gestantes y los profesionales de salud a lo largo del periodo de gestación permitirá adoptar acciones preventivas y realizar una detección de manera oportuna de los riesgos, reduciendo así mismo las complicaciones y abordando a su vez, algunas desigualdades en el tema de la salud; al mismo tiempo, para las mujeres primigestantes la atención prenatal resulta primordial, teniendo en cuenta que éste determinará cómo usaran esta atención en futuras gestaciones (OMS, 2016).

El control prenatal busca conseguir mediante sus estrategias e iniciativas la identificación de factores de riesgo, la condición y crecimiento fetal, las condiciones y las acciones educativas dirigidas a las maternas y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención (Ministerio de Salud, 2015). En consecuencia, esta atención de cuidado prenatal debe ser integral y realizada a cabalidad, de manera periódica, en un espacio tranquilo y confortable, llevada a cabo por un profesional de la salud que conozca el desarrollo evolutivo del embarazo, capacitado y competente para identificar los factores de riesgo, las medidas de prevención y elaborar planes de intervenciones con el fin de actuar tempranamente sobre las complicaciones que coloquen en riesgo la vida de la madre y su hijo. Ahora bien, siendo el control prenatal considerado una actividad elaborada para evaluar el riesgo de morbilidad durante el periodo de gestación, el parto y el puerperio, se deben intervenir dichos factores de riesgo de forma temprana,

eficaz y efectiva para el caso de la embarazada y el producto de la gestación (García-Balaguera, 2017).

En ese mismo contexto, las experiencias internacionales y nacionales evidencian que la implementación del control prenatal, al cumplir con las características de periodicidad, integralidad, precocidad y amplia cobertura, permite la detección de enfermedades subclínicas; la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo; la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal; la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo; la preparación psicofísica para el nacimiento; y la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza, lo cual la hace una de las actividades más costo-efectivas de los sistemas de salud (García-Balaguera, 2017).

Algunos estudios refieren que el hecho de que la mujer embarazada tenga una excelente cobertura y un adecuado número de consultas prenatales no es suficiente para garantizar el impacto sobre las muertes maternas y perinatales, pues se requiere además de una atención con calidad, eficiente, efectiva y eficaz, con disponibilidad de los recursos para que dicha atención sea excelente, y que surjan pocos obstáculos para el acceso y se destaquen variables como un ambiente de confianza y seguridad en cuanto a la privacidad de las mujeres en estado de embarazo. Además, es de vital importancia la adherencia a las guías de atención del control pre natal por parte del profesional de la salud en aspectos básicos, como enseñar los signos de alarma durante la gestación, recomendaciones nutricionales, higiene oral, valoración por odontología, asesoría sobre uso de anticoncepción después del parto y clasificación del riesgo del embarazo, entre

otros (García-Balaguera, 2017).

El control prenatal es la estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a las gestantes para el parto y la crianza, pero lamentablemente, no todas las embarazadas logran acceder al control prenatal por diferentes razones, siendo la mayoría ajenas a su voluntad (Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología., 2009). Al mismo tiempo, representa una estrategia básica que permite la detección oportuna de los distintos factores de riesgo y cambios fisiológicos que se pueden desligar en cada mujer gestante.

En efecto, el control prenatal puede llevar a la reducción de la mortalidad, pero siempre y cuando este se realice de forma temprana y continua y sea completo y extenso de cobertura (Moya-plata & Guiza-salazar, 2010). Es así como en la cotidianidad se pueden ver diversos factores o condicionantes que están relacionados con la adherencia o la inasistencia a los programas de atención para el cuidado prenatal por parte de las mujeres en estado de embarazo, como barreras o actitudes negativas, las cuales pueden desencadenar problemas y posibles consecuencias con repercusiones nefastas para quienes no asisten a este.

En ese mismo contexto, resulta importante potenciar la participación de las gestantes en los controles prenatales, teniendo en cuenta que la vinculación a este programa ayudará a la detección temprana de alteraciones que se pueden desencadenar en el embarazo y la identificación de factores de riesgo, lo cual permite a su vez, establecer acciones preventivas terapéuticas y una oportuna toma de decisiones

dirigidas hacia la preservación de la salud materno fetal y, reduciendo así mismo, las cifras de morbilidad materna y perinatal, los partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer, logrando un menor costo en su atención posterior y mejoras en la calidad de vida de las gestantes y sus hijos (Moya-plata & Guiza-salazar, 2010).

2.2.4. Ruta para mejorar la salud materna.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social establece que para reducir las muertes maternas y progresar y aportar en el logro de los retos y compromisos a nivel nacional e internacional, se ve la necesidad de intervenir en las comunidades y en los centros de salud que atienden a las mujeres en embarazo. A partir de esta inferencia se crea el protocolo de atención preconcepcional para servicios de salud, como herramienta fundamental que busca orientar sobre las medidas y acciones de prevención de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que tienen una alta incidencia y así mismo, la reducción de estos eventos (Ortiz et al., 2014).

Aunado a lo anterior, para garantizar una oportuna y completa atención en salud a las mujeres en estado de embarazo, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) dirigida a la población que se encuentra en riesgo materno perinatal; esta estrategia se fundamenta en la gestión de una atención e intervención en salud con base en acciones para fomento del bienestar y el mantenimiento de la salud de las mujeres gestantes, sus familias y la comunidad en general y las intervenciones a nivel individual y colectivo enfocadas hacia la promoción

de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y otras acciones de cuidado que se esperan de las personas para el mantenimiento o recuperación de salud (MSPS, 2016).

Aunado a esto, el objetivo de la ruta es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos (MSPS, 2016).

Esta ruta está centrada en las mujeres embarazadas, su gestación, su familia y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas individuales, apuntando a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa. (MINSALUD, 2016). Según Quijaite Masías et al. (2019), manifiestan que la primera asistencia al programa de atención para el cuidado prenatal se considera el punto clave en la atención de la mujer gestante, pues a partir de este momento se puede elaborar un plan de acción para que se ejecute de manera periódica y continúa según las necesidades de salud. Además, refieren que, en algunos países, el criterio para considerar el inicio temprano de la atención del cuidado prenatal se basa en la semana de gestación, la cual se encuentra alrededor del primer trimestre del embarazo; en Colombia, se sugiere que el inicio de la atención prenatal sea antes de la semana 10 de gestación; en Cuba establecen que este control sea antes de la semana 12 de gestación y en el Perú destacan que esta atención se realice antes de la semana

14 de gestación.

Por otra parte, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es un conglomerado de actividades médicas y asistenciales realizadas a través de entrevistas o visitas programadas con el personal de salud, considerando a su vez la atención del cuidado prenatal como un pilar fundamental que permite llevar un control durante el desarrollo del embarazo y tener una apropiada preparación para el parto, buscando minimizar los riesgos que este periodo de gestación pueda traer. Aunado a esto, el Ministerio de Salud (MINSU) define la atención del cuidado prenatal como el cuidado y la valoración integral de la mujer en estado de embarazo y del feto, realizado por el profesional de salud y con el objeto de lograr el nacimiento de un niño saludable, sin empeorar la salud de la madre. Según el Ministerio de Salud la atención del cuidado prenatal se clasifica en suficientes aquellos controles los que se realizan de 6 a más, insuficientes aquellos cuya frecuencia oscila de 3 a 5 y los no controles quienes no asisten o mínimo realizan 2. Se conoce que un control prenatal inadecuado conduce a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional, bajo peso al nacer, mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (Lozano-Ventura et al; 2018).

Dentro de este marco, la Guía de Práctica Clínica de Colombia establece en su contexto que la atención del cuidado prenatal debe ser excelente y destaca la relación que existe con la infraestructura, los equipos y materiales y el recurso humano disponible para realizar esta atención y a su vez manifiesta que no se debe presentar un número gram de control prenatal con un número pequeño de controles ya que esto se encuentra

asociado a un aumento significativo de las muertes maternas y perinatales. Se aconseja entonces, que las mujeres en estado de embarazo de bajo riesgo reciban en el momento del ingreso al programa y posteriormente, en cada trimestre, una evaluación de riesgo psicosocial y que, si en esta se identifica algún riesgo, se deben remitir a una consulta especializada garantizando la continuidad con el grupo a cargo del control (GPC, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud, establece que el número de encuentros de las mujeres embarazadas con el personal de salud deben ser de cuatro a ocho, según el nuevo esquema de atención del cuidado prenatal; vinculado a esto, datos nuevos muestran que un número mayor de controles prenatales de mujeres y adolescentes favorecen una reducción significativa de muertes prenatales ya que se tienen mayores oportunidades para identificar y gestionar los posibles problemas o situaciones de salud de manera temprana. No obstante, es oportuno resaltar que una atención de cuidado prenatal con un mínimo de ocho consultas puede reducir las cifras de las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con una frecuencia mínima de cuatro consultas. De este modo, con base en la recomendación de aumentar el número de contactos de las mujeres embarazada con los profesionales sanitarios, se busca mejorar la calidad de la atención prenatal y reducir la mortalidad materna y perinatal en todas las poblaciones, incluidas las adolescentes y las mujeres que se encuentran en áreas de acceso difícil o en situaciones de conflicto (OMS, 2016).

2.2.5 Barreras de acceso a los servicios de salud

En líneas generales, (David et al., 2018) argumentan que a nivel internacional, el 8% de los casos de mortalidad materna corresponde a causas directas, entre las cuales se mencionan las hemorragias puerperales, las septicemias, hipertensión asociada al embarazo y el 13% está representado por casos de parto obstruido por complicaciones del aborto fallido. Así mismo, la anemia, el paludismo, el VIH/SIDA, las enfermedades cardiovasculares y algunos casos de apendicitis y pancreatitis aguda, son las causas indirectas que representan el 20% de los casos, respectivamente. En tal sentido, es importante tener presente que algunas de las causas por las que mujeres gestantes, especialmente las que residen en áreas rurales, no asisten al servicio de salud son el factor económico, el temor, la opinión acerca de la atención del personal sanitario, el tiempo de espera, la timidez y la ubicación geográfica, entre otros.

Aunado a esto, en el protocolo de atención preconcepcional, se establece que son varios los estudios que señalan que algunas de las causas indirectas de mortalidad materna están vinculadas con las condiciones de enfermedad antes del embarazo, los factores genéticos, sociales y demográficos, que, a su vez, pueden ser descubiertos y tratados de manera oportuna, para eliminar, disminuir o controlar los efectos que pueden generar daño durante el proceso del embarazo y en su defecto, durante la etapa posnatal. Así mismo, se tiene que la toma de decisiones en cuanto a tener hijos o no y la planeación de los mismos, protegerá a las mujeres de diversos riesgos y/o daños en cualquier ámbito, teniendo en cuenta que los embarazos que no son deseados se presentan mayores dificultades, riesgos y complicaciones, mientras que en los

embarazos que si son deseados, se convierten en un factor protector para esos niños, pues en la medida en que se tiene mayor cuidado durante la gestación y durante la infancia, será más viable para el crecimiento y desarrollo (Ortiz et al., 2014).

Por otra parte, las barreras de acceso a los servicios de salud (SS) desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB), son consideradas como el conjunto de estrategias que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus (Rodríguez Hernández, J, et al., 2015). En consecuencia, es oportuno resaltar que la accesibilidad y la cobertura universal de salud involucra a todas las personas y las comunidades para que tengan acceso a los servicios de salud, y que estos sean integrales, apropiados, eficientes y pertinentes, sin excepción alguna, y definidos a nivel nacional, según las necesidades, así como la entrega de medicamentos seguros, eficaces y asequibles. Igualmente, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar (OPS, 2014).

La accesibilidad y la amplia cobertura en los servicios de salud son la base fundamental y estratégica de un sistema de salud equitativo. Si bien es cierto, la cobertura se edifica a partir del acceso global, adecuado y efectivo a los diferentes servicios existentes; sin embargo, sin que haya accesibilidad, dicha cobertura se vuelve una meta difícil de alcanzar; ambas constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (2014), en su Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, ponen de manifiesto que en la Región de las Américas hay

millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad, y recibir servicios de salud cuando están enfermos, incluso cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad, pero a pesar de los avances logrados, la Región sigue siendo una de las más inequitativas del mundo (Estrategia Para El Acceso Universal a La Salud y La Cobertura Universal de Salud, n.d.).

El dilema que abarca la reducción de las desigualdades en salud se hace cada vez más complejo debido a los avances epidemiológicos y demográficos que demandan algunas respuestas con mayor impacto en los sistemas y servicios de salud y en segundo plano, por los casos de excepción y la falta de accesibilidad a los servicios de salud que se presentan en diferentes zonas poblacionales, y específicamente en aquellos grupos con mayor vulnerabilidad. Reconociendo que hay muchas maneras de lograr el acceso universal a la salud y la cobertura de salud universal y que cada país deberá establecer su propio plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como sus prioridades y los desafíos de salud actuales y futuros, las líneas estratégicas propuestas están destinadas a ser utilizadas por los estados miembros (OPS, 2020)

En consecuencia, los países deberían elaborar estrategias nacionales e internacionales para mejorar la cobertura de atención de la mujer embarazada durante el trabajo de parto y el parto, y su vez, ampliar la cobertura con servicios de alta calidad basados en la evidencia a fin de incluir la atención pregestacional e intergestacional, la planificación familiar, la atención prenatal y la atención posparto. Por tanto, se requiere de acciones que orienten las indicaciones y las intervenciones médicas y quirúrgicas, incluidas las cesáreas, según necesidad; para lo cual es pertinente la elaboración de

planes de acción donde se incluya la participación de las gestantes y que estos a su vez funcionen adecuadamente. Sin embargo, para lograr esta cobertura, los entes gubernamentales deben examinar mecanismos innovadores que permitan mejoras en la cobertura y en la calidad de la atención. Es especialmente importante contar con disposiciones específicas para proteger contra una catástrofe económica a las familias que accedan a una atención obstétrica de urgencia o a una atención neonatal de urgencia.

La Organización Panamericana de la Salud (2020) menciona como estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible que una prioridad para ampliar la cobertura a un mayor número de personas gestantes consiste en identificar y eliminar las barreras a la utilización y fomentar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en los servicios. No obstante, según la organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura, se debe optimizar la salud de las mujeres en estado de embarazo so se quiere preservar la vida de aproximadamente medio millón de mujeres que mueren cada año por situaciones de salud durante la gestación y el parto. Además, se concluye que la mayoría de estas muertes podrían prevenirse si las mujeres de los países en desarrollo tuvieran la oportunidad de consumir una alimentación apropiada, la disponibilidad de agua potable, un nivel educativo básico y servicios de salud durante el periodo de gestación y el parto. Aunado a esto, se ha observado que el hambre y la mala nutrición en las mujeres embarazadas son un factor desencadenante para el aumento de los indicadores de las enfermedades que causan hasta un 80% de las muertes maternas (ODM 5: Mejorar La Salud Materna | Objetivos de Desarrollo Sostenible | Organización de Las Naciones Unidas Para La Alimentación y La

Agricultura, n.d.).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2000), el acceso a los servicios de atención materna en Colombia para el control prenatal refleja un crecimiento del 79,7% al 82% en la cobertura, entre 1985 y 1990; cobertura que se mantuvo hasta el año 1995, y continuó en ascenso hasta alcanzar el 90,8% en el 2000; en los últimos diez años pasó del 90,8 al 97% en 2010; Si se toma como medida la asistencia a 4 controles prenatales, da como resultado que la región con menor cobertura es la de la Amazonia y Orinoquia, que descendió del 68 al 61,6% entre 2005 y 2010; las demás regiones tuvieron un incremento en el mismo periodo: la región Caribe pasó del 80 al 83,8%; la Oriental, del 81 al 85%; y la del Pacífico, del 81 al 86,3%.

2.2.6 Beneficios del control prenatal

El embarazo es reconocido como un proceso fisiológico normal que vivencia cada mujer; sin embargo, pese a las situaciones de salud de riesgo y los problemas que pueden desencadenarse durante esta etapa, los cuales pueden afectar el binomio madre – hijo, se considera que el proceso de embarazo debe ser supervisado regularmente, con el fin de identificar tempranamente los riesgos y problemas que afronta esta mujer gestante. Al mismo tiempo, se tiene que la atención del cuidado prenatal es la principal estrategia política y estructurada, usada en el mundo para realizar un adecuado seguimiento del proceso de gestación (Miranda Mellado & Castillo Avila, 2016).

En consecuencia, el proceso de gestación es uno de los momentos más significativos en la vida de una mujer, pero también se puede convertir en uno de los momentos más peligrosos si el contexto social y las redes de apoyo relacionadas con el

periodo de la gestación, la atención del parto y el periodo del puerperio no son las más adecuadas. En este orden, la Organización Panamericana de la Salud soporta que en los programas de salud sexual y reproductiva, el control de atención para el cuidado prenatal es un momento básico ya que, es allí donde se pueden desarrollar varias acciones de prevención y de promoción, tales como tamizajes, pruebas de cribado, que permitan diagnosticar de manera temprana y oportuna, previniendo complicaciones y morbilidades. Hay mucha evidencia que confirma que los resultados de estas acciones ayudan mejorar la salud de la madre y del recién nacido. Además, se resalta que el primer control prenatal se considera un punto clave en la atención de la mujer embarazada, pues es desde allí donde se instaura un plan de trabajo según las necesidades de salud (WHO, 2016).

Por otra parte, en la región del Asia meridional lo que vivencian las mujeres embarazadas por su situación precaria es realmente dura, pues al compararlas con las mujeres embarazadas que no son pobres tienen más de cuatro consultas de control prenatal, siendo este mayor que el de las mujeres embarazadas de familias que atraviesan una situación de pobreza, donde no sobrepasan los dos controles prenatales. A su vez, al hablar de mujeres que dan a luz en instituciones hospitalarias, se observa la diferencia entre las mujeres gestantes que son más pobres con las mujeres embarazadas que son más ricas, hallándose más del doble en las regiones del África occidental y central.

En efecto, el personal médico y de enfermería, incluso las parteras, juegan un papel imprescindible si lo que se quiere garantizar es la seguridad de las mujeres en estado de embarazo; no obstante, en datos estadísticos señalan que anualmente se

presentan millones de nacimientos sin la presencia de personal calificado para atender el parto. En ese mismo contexto, se tiene que, según un estudio realizado entre los periodos del año 2010 al año 2017, se obtuvo que la demanda del personal sanitario se incrementó en muchos países, pero este no se ve en los países con mayor pobreza, en los que las cifras de muertes maternas y perinatales son los más altos (UNICEF, 2019).

Se podría entonces considerar el indicador con más relevancia al de la mortalidad maternas, ya que pone de manifiesto la efectividad con la que se prestan los servicios de atención en salud, específicamente durante el periodo de gestación, el parto y el puerperio. Básicamente, más del 90% de las muertes maternas se presentan en las zonas menos desarrolladas, siendo el mayor desencadenante la falta de una adecuada atención durante el parto. La atención oportuna y especializada durante la gestación, el parto y el puerperio es un factor crucial en la prevención de estas muertes maternas y de recién nacidos, por esto las prácticas seguras enfocadas a este aspecto se consideran de alto impacto (OPS/OMS Colombia, 2019).

2.3. Marco referencial

2.3.1 Estudios empíricos sobre la atención prenatal

Castillo Ávila, I, et al. (2019) en su artículo de la utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, del distrito federal de México, busca determinar la utilización adecuada del programa de atención para el cuidado prenatal a través de un estudio descriptivo, retrospectivo, donde participaron más de 130 mujeres embarazadas, a quienes se les aplicó varios instrumentos, incluyendo el cuestionario de caracterización familiar y otro para medir el grado de satisfacción durante la atención de salud recibida;

teniendo como resultados una edad promedio de 26,7 años, una media de citas de control prenatal de 5, asisten al control para descubrir complicaciones tempranamente, además, hay un grado de satisfacción adecuado en relación a la atención que reciben por parte del personal sanitario y la percepción del apoyo por parte de su familia también es adecuado.

Quijate Masías et al. (2019) en su estudio realizado en una población colombiana, señalan que en el grupo de mujeres embarazadas que iniciaron tardíamente su control prenatal, el 41,4 % ya había tenido un primer embarazo, presentando esto como un elemento que resaltó discrepancias significativas entre los otros grupos de estudio. Así mismo, destacan que un embarazo no planeado es la principal causal para que inicien tardíamente su control prenatal. Se concluye que estos datos estadísticos permiten inferir que la falta o deficiente proyección de la vida reproductiva de las mujeres y sus parejas, juega un rol importante en el momento de inicio de la atención prenatal ya que puede existir un desconocimiento de los signos del embarazo para poder reconocerlos tempranamente y acudir a un centro de salud para descartarlo, o asumir una actitud negativa frente al embarazo y, en consecuencia, a sus cuidados.

Vesga y Ruiz (2019) plasman en su artículo de investigación que la atención del cuidado prenatal es una política universal que permite tener resultados eficaces en la reducción de indicadores de las complicaciones maternas y perinatales y que su utilización ha favorecido la realización de otros estudios, en los cuales se ha logrado identificar las limitaciones para el acceso a los programas de atención para el cuidado

prenatal. En efecto, estos datos han potencializado algunas acciones que permiten modificar la realización de los programas de atención prenatal; vinculado a esto, este estudio de tipo cualitativo, desarrollado en diferentes países señalan que la percepción que tienen la mujer gestante de sentirse criticada, la insatisfacción por el interés que demuestran durante la atención o la pobre comunicación con el personal de salud, son los motivos por los cuales no asisten o en su defecto, abandonan el programa.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014) a nivel mundial, más del 80% de las mujeres en estado de embarazo han asistido al menos a una cita de control de atención prenatal y aproximadamente más del 50 % han asistido al menos a 4 visitas. En ese mismo contexto, se presenta a América como el territorio con mejores cifras estadísticas, pues se tiene que el 95 % asistió al menos a una consulta de atención prenatal y más del 80% asistió a cuatro controles. Aunado a esto, en un estudio sistemático, se estableció que las cifras de las mujeres gestantes que inician tardíamente su control prenatal se ha reducido con el paso del tiempo, pues se tiene que en los 90 ocupaba el 59,1 % y ya para el año 2013, solo se tiene el 41,4%, reconociendo así mismo, que en Latinoamérica y la región del Caribe, solo un 15,6 % inicio tardíamente la atención para el cuidado prenatal.

Por otra parte, en el Perú, con base en las políticas vigentes, la atención del control prenatal se efectúa con orientación de género e interculturalidad enmarcada en los derechos humanos, observando y valorando de manera integral el bienestar materno y fetal. A su vez, se presenta una mejora significativa en la cobertura con el paso del

tiempo, pues el incremento ha sido bastante favorable, evidenciándose que en el año 1986 se contaba con solo un 54,6 % y para el año 2018 ya se tiene un 98,1 %; además, en este último año, la mayor proporción de gestantes fueron atendidas por un profesional obstetra (79,9 %) y se estimó que 2 de cada 10 gestantes aproximadamente, comenzaron su atención prenatal después del tercer mes del embarazo (Quijaite Masías et al; 2019).

2.3.2 Estudios empíricos de Beneficios y barreras del control prenatal

El programa de atención para el cuidado prenatal es una herramienta valiosa para prevenir las muertes maternas y perinatales; sin embargo, a pesar de que Colombia cuenta con más del 90% de inscripciones de las mujeres embarazadas al programa de control prenatal, esto no se ve reflejado en la reducción de las muertes materno-perinatales, los cuales están incluidos en las metas de los objetivos de desarrollo del milenio. Por otra parte, aunque se tengan amplias coberturas en el aseguramiento, las cifras de enfermedades y muertes maternas y perinatales no bajaron en el mismo ritmo, ya que se conservaron iguales y, en otros casos, crecieron estos casos. Este escenario generó gran inquietud, en especial por la alta prevalencia de embarazos no planeados y de embarazos adolescentes que implican situaciones de riesgo durante este, el parto y el puerperio e, incluso, para la salud del binomio madre e hijo (García-Balaguera, 2017).

Al mismo tiempo, el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia señala que más de 5 millones de familias en África, Asia y América Latina y el Caribe emplean anualmente más del 40% de sus gastos no alimentarios en servicios de

maternidad. Así mismo, los gastos para la atención del cuidado prenatal y del parto son motivo para que las mujeres gestantes no acudan en busca de servicios médicos, lo que conlleva a colocar en riesgo la vida de las maternas y sus recién nacidos. Sin embargo, las cifras no mienten, a pesar de los avances a nivel mundial para optimizar el ingreso de las gestantes a los programas de atención para el cuidado prenatal, ya que aproximadamente 800 mujeres en estado de embarazo fallecen cada día debido a complicaciones vinculadas con el embarazo y diariamente cerca de 7.000 neonatos nacen muertos y otros 7.000 pierden su vida durante el primer mes.

En ese mismo contexto, Mayorga-Mogollón, et al. (2019) realizaron un estudio en la ciudad de Montería, donde presentan datos negativos relacionados con la salud reproductiva en el departamento de Córdoba durante el año 2017, en el cual se tiene que estos sobrepasaron los rangos a nivel nacional; el primer indicador es la razón de mortalidad materna, presentando en el departamento un 69,4% y en Colombia un 51,4% por cada 100.000 nacidos vivos, por otra parte, en la razón de morbilidad materna extrema se encontró un 36,5% comparado con el 35,8% por mil nacidos vivos en el país; en relación a la tasa de muertes perinatales y neonatales tardías, se tiene el 21,1% en el departamento y en Colombia el 14,7% por cada 1.000 nacidos vivos. Durante el estudio también se describe el impacto que el control prenatal tiene sobre los indicadores de mortalidad y de morbilidad maternas y perinatal, la información y la educación prenatales incrementan la calidad de vida de la madre durante el primer año después del parto (Mayorga-Mogollón, et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud espera un mundo en el que todas las mujeres

en estado de embarazo y todos los neonatos tengan un servicio de salud con calidad durante la gestación, la atención del parto y el periodo postparto. En efecto, dentro de los programas de promoción y mantenimiento de la salud que lideran la línea de la salud sexual y reproductiva, la atención para el cuidado prenatal enmarca una estrategia que le permite al profesional de salud desarrollar diversas acciones en pro del bienestar materno y fetal. Además, se ha verificado que cuando las citas de control prenatal se realizan de manera oportuna, se logra proteger la vida de las madres y sus recién nacidos. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer (OMS, 2016).

García, C. (2017) en su estudio de las barreras de acceso y calidad en el control, refiere que la atención para el cuidado prenatal es un sistema costo-efectivo para prevenir las muertes maternas y perinatales; a través del estudio descriptivo transversal, quiso explicar cuáles son las limitaciones para el acceso al programa de atención para el cuidado y la calidad de atención a las mujeres embarazadas en el departamento del Meta, utilizando una encuesta que incluía la percepción de la calidad de la atención y las barreras para el acceso, entre otros. Se obtuvieron resultados que permitieron identificar algunos factores de riesgo que se asocian a la asistencia a cuatro controles prenatales, la percepción de la calidad durante el control, el inicio tardío y algunos factores sociodemográficos como el nivel educativo y los bajos ingresos.

Cáceres-Manrique y Ruiz-Rodríguez (2018) señalan en su estudio de investigación, la incidencia del inicio tardío a los controles prenatales y la relación con el

nivel socioeconómico, mediante un estudio transversal ejecutado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, donde participaron 391 mujeres embarazadas; con los resultados se establece que el iniciar tardíamente el control prenatal está relacionado con tener un bajo nivel; así mismo, se tiene que el inicio tardío se presentó en un 29,7%, relacionado con nivel de estrato bajo y no tener seguridad social al inicio de embarazo;

Por otra parte, Rodríguez – Páez F., et al. (2014) investigaron cuales son los factores que pueden determinar la inasistencia de las gestantes a las citas programadas de control prenatal y a su vez, revisar si el acabar con la existencia de las barreras de acceso favorece la situación de salud de las mujeres embarazadas; en efecto, se tiene que la principal barrera para que no asistan al control prenatal es no contar con los recursos para el transporte, agregado a este, se encuentra la ubicación de la casa en relación al centro de salud y una alta puntuación en escala de riesgo biopsicosocial. Se concluye que las barreras económicas, socioculturales y geográficas, obviadas por el sistema de salud colombiano, afectan la accesibilidad al CPN (Rodríguez-Páez et al., 2014b).

Hoyos - Vertel, L y Muñoz De Rodríguez, L, (2019) en su artículo de revisión Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia plantaron como objetivo describir las barreras de acceso a controles prenatales en mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, atendidas en un Hospital de la ciudad de Medellín-Colombia 2017, estudio cualitativo, etnográfico; donde se encontró un tema relacionado con la apreciación de la atención en salud que tiene la mujer con morbilidad materna extrema, la cual considera que el sistema de salud no le garantiza un acceso en salud para ella y para su hijo por nacer, lo que

condiciona la inasistencia a los programas de atención prenatal (Hoyos-Vertel & De Rodríguez, 2019).

Miranda, C y Castillo, (2016) en su artículo manifiestan que hay una relación significativa entre los beneficios que perciben la mujer gestante y el cumplimiento de las consultas del control prenatal, y la vinculación temprana a este. En consecuencia, aquellas mujeres que consideran bueno el control prenatal para el cuidado de la salud, tienen 5,5 veces más probabilidades de usarlo de la manera adecuada, que aquellas mujeres gestantes que no perciben su importancia (Mellado & Ávila, 2017).

Al mismo tiempo, un estudio realizado sobre la calidad de atención en el programa de control prenatal muestra la relación que existe con aspectos como infraestructura, insumos y el recurso. No obstante, se describe que para medir la calidad se requiere de una serie de procesos y resultados, teniendo en cuenta que tener disponible los insumos y una adecuada infraestructura, esto no se proyecta en la calidad de la atención en los servicios de salud. En consecuencia, Mayorga-Mogollón, et al. (2019) establecen que la opinión de las gestantes en relación con la calidad en la atención es un apoyo para medir la calidad en el programa de atención para el cuidado prenatal. Por tanto, es oportuno realizar estudios que permitan conocer el grado de satisfacción de las mujeres gestantes durante la consulta de control prenatal con el fin de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

Por otra parte, Navarro-Pérez et al. (2015) expone que hay pocos estudios

relacionados con los factores y los determinantes sociales de la adherencia al control prenatal, la calidad del programa, los conceptos, percepciones y prácticas de las mujeres gestantes y los profesionales sanitarios con respecto a la atención del cuidado prenatal; para lo cual motiva a investigar sobre la adherencia al control prenatal por parte de las gestantes y el personal de salud. Lo que se pretende con el estudio es determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el seguimiento prenatal que a su vez están asociados con las tasas de mortalidad perinatal en mujeres gestantes de Colombia, para lo cual se realizó un estudio descriptivo y transversal, con datos de 14.754 mujeres gestantes de entre 13 y 44 años. Finalmente, se concluye que la mortalidad perinatal cambia según los factores sociodemográficos y el seguimiento en la atención prenatal (Navarro-Pérez et al., 2015).

Miranda Mellado & Yolanda Castillo Ávila (2016) exponen en su estudio que teniendo en cuenta lo que implica el contexto social los eventos de morbimortalidad materna, debe existir interés por conocer e identificar cuáles son las necesidades que favorecen el uso apropiado del programa de atención para el cuidado prenatal en mujeres gestantes del municipio de Sincelejo; a través de un estudio analítico, transversal, donde participaron 730 mujeres en estado de embarazo, a quienes se les realizó una encuesta con datos sociodemográficos, una ficha de uso de los controles prenatales y un cuestionario de Nola Pender, donde los resultados revelan que el 97,7% de las mujeres gestantes asistían al control prenatal y que de ellas, solo el 24,4% había hecho uso inadecuado; a su vez, el 80,7% de las participantes definieron su estado de salud como bueno o muy bueno, y el 94,8% tienen claridad sobre los beneficios del

programa de control prenatal; además se encuentra relación estrecha entre la percepción de los beneficios y el uso apropiado del control prenatal.

En otro contexto, Gualdrón y de Cárdenas (2019) se interesaron por describir la percepción de las mujeres gestantes frente a las competencias técnicas, cognitivas y la capacidad de los profesionales de enfermería de dar cuidado humanizado durante la atención de cuidado prenatal, para lo cual utilizaron un estudio descriptivo, transversal, con la participación de 150 gestantes, seleccionadas por conveniencia, a quienes se les aplicó la Escala de Cuidado Profesional. Este estudio mostró como resultado que el cuidado brindado por parte del profesional sanitario fue calificado como excelente, no obstante, hay factores del cuidado humanizado que deben examinarse, como la expresión de sentimientos, la escucha activa y la atención sin reproches o críticas a las condiciones particulares de las mujeres. Además, es importante resaltar en el análisis de los factores sociodemográficos que la edad promedio fue de 22,4 años, con un significativo nivel de escolaridad bajo y la edad gestacional mostró una gran variabilidad, teniendo en cuenta el lugar de captación de las participantes. Se aclara que las instituciones de salud donde se captaron las participantes se caracterizan por atender a la población en nivel socioeconómico muy bajo o bajo, con estratos 1, 2 y 3, respectivamente. Igualmente, este estudio presenta la necesidad de que las instituciones de salud establezcan planes de acción que permita a los beneficiarios una valoración frecuente del servicio que reciben.

Aunado a lo anterior, Mayorga-Mogollón et al. (2019) en su estudio se interesó por

establecer el nivel de satisfacción que tienen las gestantes durante la atención prenatal que asisten a una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención, en la ciudad de Montería, Colombia, a través de un estudio transversal, analítico; los resultados se obtuvieron a través de la tabulación y el análisis de la encuesta de satisfacción aplicada a 178 mujeres gestantes, de las cuales el 96% (171) se sienten satisfechas con la atención del cuidado prenatal; la edad promedio de las gestantes fue de 22,8 años, el promedio de la edad gestacional al iniciar el control prenatal fue 11,4 semanas. Por otro lado, en aproximadamente el 54%, la autorización por parte de la entidad de salud para realizar los paraclínicos de segundo nivel la obtienen en tres días o menos, pero esto no interfiere en la opinión acerca del nivel de satisfacción, ya que los resultados y la completa entrega de los medicamentos se hace de manera oportuna. Además de la influencia de las variables demográficas y obstétricas y de los atributos de la calidad de la atención, es importante denotar cómo la información y la educación para la salud se asocian con la satisfacción con el control prenatal (Mayorga-Mogollón et al., 2019)

David et al. (2018) describen en su artículo de investigación que los indicadores de salud relacionados con el binomio madre-hijo son consecuencia de toda la situación sanitaria de un país, estando inmersos diferentes factores biopsicosociales, demográficos, económicos, acceso a los servicios de salud, entre otros; con este estudio se quiso abordar la situación de la morbilidad materna y la relación con las causas y las consecuencias que trae para el binomio madre- hijo. Mediante una revisión sistemática de 34 referencias bibliográficas; se determina que la mortalidad materna es

el riesgo de fallecer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes, por complicaciones obstétricas durante el embarazo o posterior a este y que la actualización y la capacitación del personal sanitario y las auditorías realizadas a las instituciones que ofrecen la atención en salud para el cuidado prenatal, son los que permiten descubrir cuales son los factores que están relacionados y a partir de esto, establecer estrategias de mejora.

Castillo Ávila et al. (2019) presentan en su artículo el uso adecuado del control prenatal en las mujeres embarazadas en la delegación Iztapalapa, México, a través de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, con la participación de 135 mujeres en estado de embarazo, a quienes se les aplicó una encuesta para revisar los datos sociodemográficos, un cuestionario de caracterización familiar y uno de satisfacción. Los resultados resaltan que la edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 26,7 años, el 91,9% vive en el área urbana, el 58,5% se encuentran en unión libre, el 30,4% finalizaron sus estudios de secundaria, el 69,6% se dedican al hogar y el 83,7% tiene un nivel de ingresos medio; el 54,8% de las mujeres gestantes participantes eran multíparas y el 91,1% no tienen enfermedades asociadas al embarazo; en relación a las causas por las cuales no asisten al control prenatal el 71,4% creían que no lo necesitaban, viven muy lejos y el 14.3% se encontraba de viaje. La media de la atención del cuidado prenatal fue de 5, detectar las alteraciones tempranas es el motivo principal por el que acuden a los controles, sienten satisfacción con la atención brindada y perciben un apropiado apoyo familiar.

Jessica et al. (2018) argumentan en su investigación que la inasistencia a las consultas de atención prenatal implica diversos riesgos para el binomio madre – hijo. Así pues, buscan determinar cuáles son los factores asociados al uso adecuado del control prenatal, a través de un estudio analítico, transversal, con la participación de 6265 mujeres gestantes de 13 municipios del departamento de Bolívar. Se manejó mediante una encuesta para los datos sociodemográficos y gineco obstétricos, un instrumento para revisar la asistencia al programa de atención del cuidado prenatal y las escalas para medir los factores asociados descritos en la literatura. Los resultados revelan que las mujeres gestantes que participaron han tenido 2 gestaciones y en el momento del estudio cursaban con 23 semanas de edad gestacional; 78,60 % asisten al programa de atención del cuidado prenatal, el 63,27% iniciaron el control en el primer trimestre de gestación y el 15,02 % llevaban tres consultas; pero solo el 53,26 % tenía un control de atención prenatal apropiado; en cuanto al motivo por el que asisten al control el 64,49 % refieren que es para encontrar alteraciones, el 8,04% expresan que no asisten a los controles porque deben realizar mucho proceso, el 5,00% por inexperiencia del proceso de gestación y el 1,36% lo ocupa la pereza; además, el 67,22 % de las mujeres encuestadas tenían un embarazo no planeado.

En este orden de ideas, a partir de los estudios traídos a colación, se tiene que es muy importante que las mujeres gestantes utilicen adecuadamente el programa de atención del cuidado prenatal, y por tanto, el personal sanitario debe desarrollar planes de acción que fomenten el uso adecuado y oportuno de este, con el fin de garantizar la salud y el bienestar del binomio madre – hijo, evitar futuras complicaciones y disminuir las altas cifras de morbilidad materna y perinatal.

CAPÍTULO III
MÉTODO

A partir de las estrategias para colocar fin a la mortalidad materna prevenible, se tienen unas metas cuyo enfoque se orienta hacia la salud de la mujer gestante y del neonato, con base en los derechos humanos, y en la búsqueda de erradicar las desigualdades que llevan a presentar infinidad de inconformidades entre algunos países y dentro de estas, las relacionadas con el acceso a los servicios de salud y la calidad en la atención. En efecto, se necesitan mayores compromisos por parte de los entes competentes y mayores compromisos financieros para el logro de las metas a través de la aplicación de las diferentes estrategias para erradicar la mortalidad materna prevenible (“Estrateg. Para Poner Fin a La Mortal. Matern. Prevenible,” 2020).

En consecuencia, en el marco de la política para poder aseverar una atención segura de la mujer embarazada y su neonato y el establecimiento de planes de acción para colocar fin a la mortalidad materna - perinatal es muy significativo conocer lo que opinan las mujeres embarazadas acerca de los efectos benéficos y las limitaciones que tienen en relación con el periodo de gestación. Así pues, en el presente capítulo se describe el método utilizado durante esta investigación, los objetivos del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y el instrumento utilizado para obtener la información con base en la percepción que tienen las gestantes de la atención del cuidado prenatal.

3.1. Objetivo

3.1.1. Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos que están asociados a la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal en gestantes que asisten a una institución prestadora de salud en la ciudad de Bucaramanga, Colombia en el primer semestre del año 2022.

3.1.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la institución prestadora de salud del municipio de Piedecuesta a través de la recolección de datos en ficha clínica para categorizarlos.
2. Determinar la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal mediante la aplicación del Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal aplicado en una institución prestadora de salud en la ciudad de Bucaramanga, Colombia en el primer semestre del año 2022.
3. Asociar los datos sociodemográficos con las variables objeto de estudio.

3.2. Participantes

3.2.1 Población objeto de estudio

Los participantes corresponden a gestantes en edades de 16 a 40 años, afiliadas al régimen de salud subsidiado y contributivo, que acudieron durante el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo al servicio de consulta externa del Programa de Atención para el cuidado prenatal para recibir orientación, atención y cuidado prenatal en la institución prestadora de salud MEDICLINICOS IPS S.A.S. en el municipio de Piedecuesta, en el horario matutino durante el primer periodo del año 2022.

Muestra

Se aplicó muestreo por conveniencia. Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población finita no estratificada, considerando la siguiente fórmula

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

n= tamaño de la muestra (102)

Z^2 = nivel de confianza

deseado (1,96)

p= proporción de la población con característica deseada (éxito) (0,5)

q= proporción de la población sin la característica deseada

(fracaso) (0,5)e= nivel de error dispuesto a cometer (0,05)

N= tamaño de la población (220)

Considerando que el tamaño de la población es de 138 mujeres gestantes, el tamaño de la muestra es de 102 gestantes para la aplicación de las encuestas, con un 95% de nivel de confianza y un margen de error máximo permisible del 5%. El tipo de muestreo utilizado fue por conveniencia ya que se fueron capturando participantes conforme iban asistiendo a consulta hasta completar el tamaño de muestra.

Criterios de inclusión:

Se consideraron:

1. Ser mujer gestante entre los 14 a 40 años
2. Nacionalidad: colombiana
3. Haber asistido a mínimo un control prenatal
4. Estar afiliadas a régimen de salud subsidiado o contributivo

Criterios de exclusión:

Se consideraron:

1. En caso de ser menor de edad, que no esté acompañada por su padre o representante legal, ya que debe firmar el consentimiento informado.
2. Existencia de dificultades de comunicación

Criterios de eliminación:

Se eliminarán aquellos datos de los instrumentos que no estén completamente diligenciados.

3.3. Escenario

Se aplicaron 102 instrumentos a las gestantes durante su consulta de control por medicina general, laboratorio clínico, odontología y servicio de ecografía en el servicio de consulta externa de la institución prestadora de salud adscrita al programa de Maternidad segura liderado por la secretaria de Salud.

La entidad de salud Mediclínico IPS S.A.S es una empresa de carácter municipal, que está instituida estratégicamente en red, que presta servicios de primer y segundo nivel de atención en salud a la población del municipio de Piedecuesta en su área urbana y rural, con énfasis en atención primaria en salud, promoción y mantenimiento de la salud, política de maternidad segura, promoción de acciones de autocuidado y estilos de vida saludables; cuenta con recurso humano calificado y comprometido, buen trato humanizado, vocación docencia servicio y estrecha relación con la protección del medio ambiente.

3.4 Instrumento de recolección de información

3.4.1 Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal

El Barriers, Motivators and Facilitators of Prenatal Care Utilization (Del Valle et al., 2007) es un cuestionario que fue diseñado para medir los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal en mujeres de Washington, DC. Para su diseño se requirió una cuidadosa revisión de literatura y reexaminación de instrumentos usados en estudios previos que midieron barreras, motivadores y facilitadores de la utilización del CPN. Los autores refieren que las preguntas fueron extraídas e incorporadas al cuestionario quedando 63 reactivos con la siguiente distribución: a) 10 reactivos de motivadores; b) 10 reactivos de facilitadores del CPN; c) 14 reactivos de barreras del CPN; d) 15 reactivos que los autores llaman “creencias” y se relacionan con la actitud hacia el embarazo y el CPN; y e) 14 reactivos sobre estrés psicológico y problemas personales. La descripción del Cuestionario de Beneficios y Barreras del CPN (CBBCPN) y el orden en que quedaron las subescalas es la siguiente: a) Beneficios Percibidos al CPN con seis reactivos que corresponden a beneficios personales; b) Barreras Percibidas al CPN con 20 reactivos que indagan sobre barreras de tipo personal y estructural para el acceso a CPN; y c) Actitud negativa hacia el Embarazo con 11 reactivos relacionados con la actitud negativa sobre el embarazo y el CPN. El cuestionario además cuenta con una sección de información sociodemográfica que contiene 10 preguntas que indagan sobre aspectos sociodemográficos y económicos; una sección de historia reproductiva que contiene 18 preguntas que indagan sobre antecedentes y experiencia en embarazos anteriores; una sección de información del

embarazo actual que contiene nueve preguntas que indagan sobre aspectos del embarazo actual; una sección de apoyo recibido con siete reactivos que indagan sobre fuentes y tipo de apoyo; y la información sobre factores conductuales que contiene 11 preguntas que indagan sobre uso de alcohol, cigarrillo y drogas. El cuestionario se responde de manera dicotómica en términos de si = 1, o no = 0. En cada subescala se suman los reactivos y se obtiene el puntaje, que en el caso de beneficios percibidos al CPN oscila entre cero y seis puntos; barreras percibidas al CPN oscila de cero a 20 puntos; y actitud negativa hacia el embarazo oscila de cero a 11 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor presencia de la variable. Alfa de Cronbach: 0.70.

3.5 Procedimiento

Inicialmente se realizó el envío de la solicitud a la institución prestadora de salud con el fin de obtener la autorización y consecuente a ello, aplicar el instrumento a la población gestante que asiste a los servicios ofertados en esta institución. Posteriormente, cuando se obtuvo la autorización, se intervino a las usuarias en el servicio de consulta externa, a quienes se explicó en qué consistía el estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado, orientando sobre el diligenciamiento y especificando la privacidad de la información. Finalmente, previa recolección de la información, se describe cada reactivo del cuestionario.

3.6 Diseño del método

3.6.1 Diseño

El diseño de la investigación es de no experimental, ya que no existe manipulación

deliberada de ninguna de las variables. En este diseño no hay condiciones ni estímulos a los cuales se arriesguen las personas que participan en el estudio, estos son observados en su ambiente natural (Hernández, R, 2004). Este diseño lo que pretende es empezar a comprender una o varias variables, una comunidad, un acontecimiento o un escenario. En efecto, es una búsqueda inicial en un momento específico, que, por lo general, se aplican a investigaciones nuevas o no tan conocidos. Muchas veces son el preámbulo de otros diseños (no experimentales y experimentales) (Huaire, E, 2019).

3.6.2 Momento de estudio

El momento es transversal teniendo en cuenta que se estudian datos de variables compiladas en un tiempo específico sobre una que se ha definido con anterioridad. En este momento se reúne la información en un solo tiempo, es único. El objeto es explicar las variables y estudiar la prevalencia y la interacción en un momento concreto. En consecuencia, se pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores y se pueden dividir en dos tipos fundamentales: Descriptivos: Tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir un grupo de personas u objetos, una o más variables y proporcionar su descripción. Causales: tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean estas puramente correlacionales o relaciones causales. En este diseño lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado (Hernández, R, 2004).

3.6.3 Alcance del estudio

El alcance del estudio es de tipo correlacional, ya que pretende analizar la relación existente entre las dos variables, la percepción de los beneficios y barreras del control prenatal y los factores sociodemográficos. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas (Hernández, 2011).

3.7 Operacionalización de las variables

En la Tabla 2 se muestra la operacionalización de las variables.

Tabla 2

Operacionalización de las variables

	Variable Características sociodemográficas	Instrumento	Dimensión	Indicador	Íte m	
Independiente	EDAD	Hoja de recolección de datos	NA	16-20	4	
				21-25		
				26-30		
				31-35		
	REGIMEN SALUD	Hoja de recolección de datos	NA	36-40	Subsidiado	2
				Contributivo	o	

			Famisanar	
			Salud mía	
SEGURIDAD SOCIAL	Hoja de recolección de datos	NA	Salud Total	4
			Sanitas	
NIVEL EDUCATIVO	Hoja de recolección de datos	NA	Bachiller Técnico	3
			Profesional	
UBICACIÓN GEOGRAFICA	Hoja de recolección de datos	NA	Rural Urbana	2
			1	
ESTRATO SOCIO ECONOMICO	Hoja de recolección de datos	NA	2	4
			3	
			4	
ESTADO CIVIL	Hoja de recolección de datos	NA	Casada Soltera	3
			Unión libre	
			Primer trimestre	
EDAD GESTACIONAL	Hoja de recolección de datos	NA	Segundo trimestre	3
			Tercer	

				trimestre	
				Primigestas	
				ntes	
				Dos o tres	
GESTACIONES	Hoja de recolección de datos			gestaciones	3
				Gran	
				multípara	
				Abogada	
				Atención sanitaria	
				Ejecutivo	
				Estudiante	
				Hogar	
OCUPACIÓN	Hoja de recolección de datos	NA		Independiente	9
				Primera infancia	
				Varios	
				Veterinaria	

Variable	Instrumento	Dimensión	Indicador	Ítem	
Dependiente	Percepción de los beneficios y	Cuestionario de Beneficios	Beneficios	Si = 1	6 reactivos para

barreras del control prenatal	y Barreras del CPN	personales Barreras de tipo personal y estructural	No = 0. En cada subescala se agregan los reactivos y se adquiere el puntaje. Beneficios percibidos al CPN: 0-6 Barreras percibidas al CPN: 0-20 Actitud negativa hacia el embarazo:	beneficios personales 20 reactivos para barreras de tipo personal y estructural para el acceso a CPN 11 reactivos para actitud negativa sobre el embarazo y el CPN.
--------------------------------------	--------------------	---	---	---

Fuente: Elaboración propia

3.8 Análisis de datos

Los datos se analizaron de forma cuantitativa para fijar la continuidad de las variables; el análisis de la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras se realizó por medio de la estadística descriptiva e inferencial, aplicando la prueba de correlación de Pearson; los datos se verán reflejados en tablas de frecuencia y promedio para los porcentajes de valor positivo de las dimensiones, según lo recomendado por la AHRQ. Para la correlación entre las variables se tuvo en cuenta la prueba estadística del programa SPSS V.22, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

3.9 Consideraciones éticas

Toda investigación que implica a los seres humanos debe ser llevada a cabo de acuerdo con los principios éticos, que sirven para promover y respetar a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales, que son universalmente reconocidos como principios bioéticos. En esta investigación los procedimientos éticos, se planearon teniendo en cuentas estos principios y en todo momento se protegió la integridad y anonimato de las participantes tomando todas las precauciones para resguardar la intimidad de las personas, la confidencialidad de la información de la historia clínica, utilizando los datos única y exclusivamente para el desarrollo de este trabajo de investigación (Adoptada por la et al., 2008).

Principios éticos generales: Toda investigación o experimentación realizada en

seres humanos debe hacerse de acuerdo con tres principios éticos básicos, a saber, respeto a las personas, a la búsqueda del bien y la justicia. Se está de acuerdo en general en que estos principios, que en teoría tienen igual fuerza moral, son los que guían la preparación concienzuda de protocolos para llevar a cabo estudios científicos. En circunstancias diversas pueden expresarse de manera diferente y también ponderarse en forma diferente desde el punto de vista moral, y su aplicación puede dar lugar a decisiones o cursos de acción diferentes. Las pautas presentes están orientadas a la aplicación de esos principios en los trabajos de investigación en seres humanos (Reyeroa MA, Rodríguez J, n.d.).

Esta investigación se ajustó a las condiciones y directrices establecidas por la institución prestadora de salud de Piedecuesta, según las disposiciones del comité de ética y las acciones de gestión, convenio docencia – servicio que fueron necesarias para el desarrollo de la investigación; se establecieron además horarios para la aplicación del instrumento a las gestantes, previo consentimiento informado firmado.

Para concluir, el presente estudio favorece la interpretación y el análisis de los factores que pueden estar asociados a la inasistencia o el abandono del programa de atención del cuidado prenatal, incluyendo datos demográficos y gineco obstétricos, mediante la aplicación del cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal donde se tendrá la percepción que tienen las mujeres gestantes en relación al programa, lo cual favorece la detección oportuna de riesgos, evitando a su vez, complicaciones futuras que puedan repercutir en la salud materna y fetal; además, este estudio permitirá

fortalecer los programas de atención del cuidado prenatal en cada una de los centros de salud, que están implicadas en la meta de garantizar la atención segura de la mujer gestante y el recién nacido como se establece en la guía técnica de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. La determinación de la muestra asevera los resultados confiables en el presente estudio.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Concluida la fase de recolección de los datos, realizadas según lo indicado en el marco metodológico del presente estudio, se precisó el ordenamiento de estos, agrupándolos, tabulándolos y graficándolos con el apoyo de herramientas de procesamiento estadístico, a los fines de poder organizar, analizar e interpretar los mismos para su comprensión. Considerando que, la meta final de organizar y analizar de los datos recolectados es sin lugar a duda dar respuesta al objetivo general y específicos de esta investigación, así como, validar la hipótesis planteada.

En este orden de ideas la variable de la investigación identificada como la percepción de los beneficios, barreras y actitudes negativas expuesta mediante las dimensiones: características sociodemográficas, características obstétricas de la gestante y de su control prenatal, las que, a su vez se desglosaron en indicadores de cada una, que fueron medidos utilizando el cuestionario aplicado para dar respuesta a los objetivos de la investigación. En el sentido anterior, se organizaron los datos obtenidos del cuestionario y se le aplicó la estadística descriptiva e inferencial, así como, análisis correlacional, para su análisis correspondiente, a los fines de establecer de acuerdo con ella el comportamiento de cada ítem encuestado. A continuación, se exponen los resultados obtenidos.

4.1 Características sociodemográficas de las mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la institución prestadora de salud del municipio de Piedecuesta.

La muestra la constituyeron 102 mujeres gestantes, el rango de edad de las

participantes se encuentra entre 16 a 39 años, quienes se encontraban en el servicio de controles prenatales del centro de salud, con una distribución binomial en dos rangos (21 – 25) y (26 – 30) y una edad media de 27 años, predominando el rango entre 26 a 30, el 100% de la población tiene acceso a seguridad social, en cuanto al régimen de salud, que es indispensable para la percepción de las participantes del estudio se encuentra que al 74% de la población en régimen contributivo, seguido de un 26% en el régimen subsidiado. El estrato socioeconómico está muy relacionado con los resultados encontrados, el cual se encuentra entre los estratos 1, 2, 3 y 4, con predominio de 43 mujeres de estrato 2, seguido de 35 mujeres de estrato 1, 23 mujeres de estrato 3 y 1 mujer de estrato 4 ubicados en la zona aledaña del centro de salud de Piedecuesta, Santander. El 70% vive en la zona urbana y el 30 en la zona rural, ver Tabla 3.

Tabla 3.

Distribución de la población estudiada según variables sociodemográficas

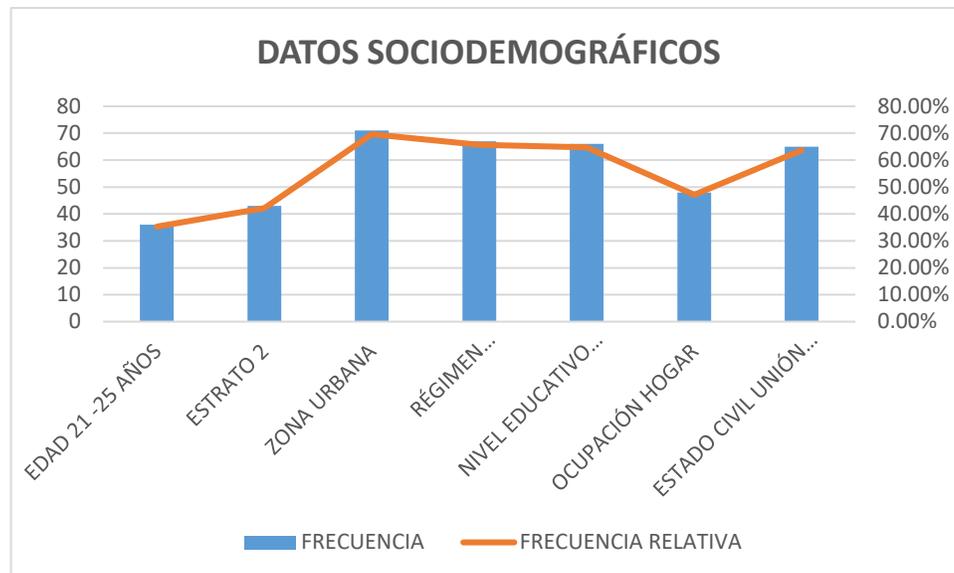
	Variable	FRECUENCIA	FRECUENCIA RELATIVA
EDAD	14-20	6	5,9%
	21-25	36	35,3%
	26-30	30	29,4%
	31-35	24	23,5%
	36-40	6	5,9%
ESTRATO	1	35	34,3%
	2	43	42,2%
	3	23	22,5%
	4	1	1,0%
ZONA	Rural	31	30,4%
	Urbana	71	69,6%
REGIMEN	Contributivo	67	65,7%
	Subsidiado	35	34,3%
NIVEL EDUCATIVO	Bachiller	66	64,7%
	Profesional	15	14,7%

OCUPACIÓN	Técnica	21	20,6%
	Abogada	1	1,0%
	Aux enfermería	2	2,0%
	Cuidadora	2	2,0%
	Ejecutivo	1	1,0%
	Enfermera	8	7,8%
	Estudiante	3	2,9%
	Hogar	48	47,1%
	Independiente	15	14,7%
	Operaria	2	2,0%
	Primera infancia	1	1,0%
	Secretaria	4	3,9%
	Técnico administrativo	1	1,0%
	Varios	2	2,0%
	Ventas	10	9,8%
	Veterinaria	2	2,0%
ESTADO CIVIL	Casada	23	22,6%
	Soltera	14	13,7%
	Unión libre	65	63,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

En esta muestra se encuentra que el 63% de las mujeres participantes conviven en unión libre, seguido de 22.5% que se encuentran casadas y 13.7% mujeres en estado civil soltera. El promedio de la edad gestacional fue 26.1 semanas de gestación, con un rango de 4 a 40 semanas; los antecedentes obstétricos fueron 29 con antecedente de una gestación, 40 con antecedente de dos gestaciones y 11 con antecedentes de cuatro gestaciones; esta oscila entre 1 gestación y 4 gestaciones. En la Tabla 3 se observa que la mayoría tienen un nivel educativo con incidencia mayor en bachiller en el 64.7%, seguido con el 20.6% con un nivel de técnica y un 14.7% profesionales. La ocupación en la mayoría es del 63.7% en el hogar y 14.7% ocupación independiente y 9.8% se ocupan en ventas (Tabla 3).

Figura 2. Resultados de los datos sociodemográficos de las gestantes



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

Con base en el gráfico de los resultados de los datos sociodemográficos de las 102 gestantes participantes en el estudio, se tiene que el mayor rango de edad se encuentra en el grupo etario de 21 a 25 años con un 35,3% (36), en cuanto a la ocupación, se tiene que el 47,1% (48) se dedica al hogar, el 63,7% (65) se encuentran viviendo en unión libre, un 64,7% (66) han terminado sus estudios de secundaria, el 65,7% (67) se encuentran afiliadas a un régimen de salud contributivo, el 69,6% (71) vive en zona urbana y el 42,2% (43) vive en estrato dos.

4.2 Resultados de la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal que asisten a una institución prestadora de salud en el municipio de Piedecuesta, Colombia, en el primer semestre del año 2022.

En la Tabla 4, se describen las percepciones personales de beneficios al inicio del control prenatal en las mujeres que participaron en este estudio, el beneficio que mayor perciben es aprender a proteger su salud, hablar acerca de su embarazo y tener un bebé sano, los dos primeros con un 99.02%, el menor beneficio percibido encontrado fue aprender hábitos de estudio con 92.16%, Figura 3.

Tabla 4

Percepciones personales de beneficios al inicio del Control Prenatal

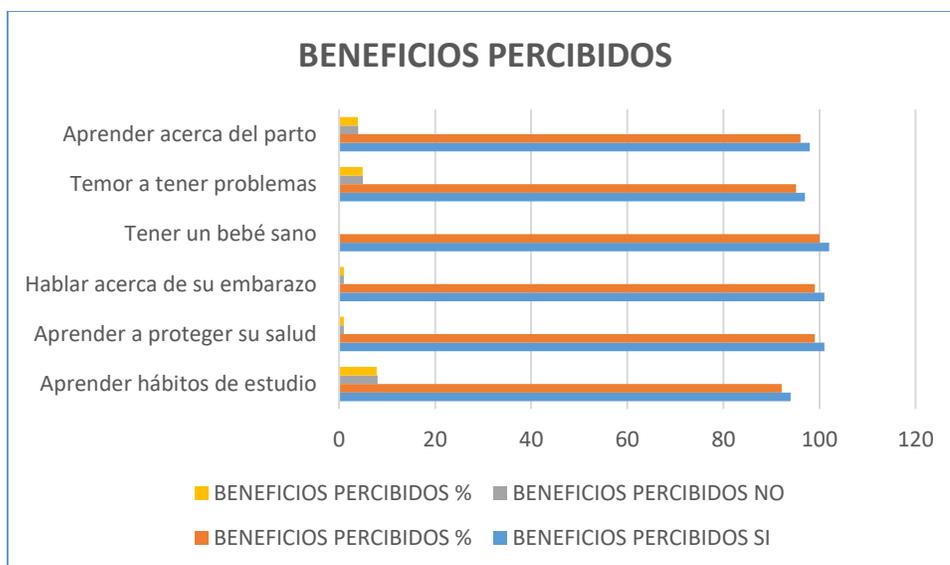
BENEFICIOS PERCIBIDOS				
	SI	%	NO	%
1. Aprender hábitos de estudio	94	92,16	8	7,843
2. Aprender a proteger su salud	101	99,02	1	0,98
3. Hablar acerca de su embarazo	101	99,02	1	0,98
4. Tener un bebé sano	102	100	0	0
5. Temor a tener problemas	97	95,1	5	4,902
6. Aprender acerca del parto	98	96,08	4	3,922

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

N=102

Figura 3.

Resultados de los beneficios percibidos por las gestantes



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

En la subescala de los beneficios percibidos por las mujeres gestantes que participaron en el estudio que deduce que el 100% (102) considera que el mayor beneficio de asistir a los controles prenatales es para tener un bebe sano y solo el 3,9% (4) opinan que no es un beneficio el aprender acerca del parto. En consecuencia, se tiene que hay un gran interés por parte de las gestantes en asistir a los controles prenatales, pues las cifras reflejan la importancia que tiene para ellas a partir de su percepción relacionada con los beneficios que tiene dicho programa.

En la Tabla 5 se muestran las percepciones de barreras o dificultades que tiene la embarazada para ir a los controles prenatales, se encontró que las mayores dificultades percibidas se encontraron en el 14.4% se siente deprimida, el 25.5% se siente estresada, el 33.3 % refiere mucha espera para obtener una cita, y otra de las dificultades es el 35,3% no encuentra cita; el 29.4% mucha espera antes de su atención; la anteriores percepciones están relacionada con los servicios de salud que afectaron las decisiones de las adolescentes para iniciar el cuidado prenatal más tarde de lo planeado, afecta la adherencia al programa y prefieren no asistir o no programar los controles y la barrera con menor porcentaje fue el 4% con No le gusta el proveedor de salud (ver Tabla 5).

Tabla 5

Percepciones de dificultad que tiene la embarazada para ir al Control Prenatal

BARRERAS PERCIBIDAS				
	SI	%	NO	%
7. Sentirse deprimida	15	14,7	87	85,3
8. Sentir estresada	26	25,5	76	74,5
9. Sentirse triste	20	19,6	82	80,4
10. Problema personal	22	21,6	80	78,4
11. Problema con su pareja	16	15,7	86	84,3
12. Problema familiar	18	17,6	84	82,4
13. Mucha espera para obtener una cita	34	33,3	68	66,7
14. Horarios de la clínica inadecuados	14	13,7	88	86,3
15. No encontrar cita	36	35,3	66	64,7
16. Mucha espera antes de su atención	30	29,4	72	70,6
17. No saber dónde obtener CPN	17	16,7	85	83,3
18. No conseguir ayuda para pagar el CPN	20	19,6	82	80,4
19. No le gusta el proveedor de salud	4	3,9	98	96,1
20. Miedo de exámenes médicos	16	15,7	86	84,3
21. No le gusta la actitud del personal	16	15,7	86	84,3
22. Falta de comunicación con el personal	22	21,6	80	78,4
23. Falta de seguridad social	9	8,8	93	91,2
24. Falta de dinero para pagar el CPN	15	14,7	87	85,3
25. No tener donde vivir	12	11,8	90	88,2

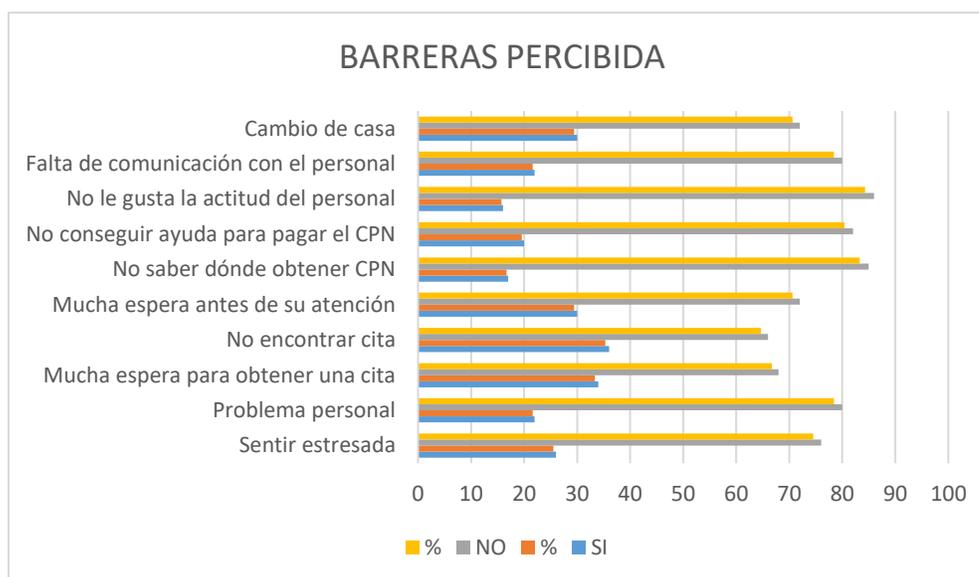
26. Cambio de casa

30 29,4 72 70,6

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

N=102

Figura 4.

Resultados de las barreras percibidas por las gestantes

Fuente: elaboración propia a partir de resultados

Según el gráfico de los resultados de las barreras percibidas por las gestantes para asistir al control prenatal, se tiene que, a pesar de tener avances en la atención prenatal, aún hay percepciones negativas de las gestantes sobre algunos factores como el no encontrar una cita, no saber dónde pueden atender su control prenatal, no le gusta la actitud del personal y mucha espera antes de que las atienda un profesional de salud. En efecto, son estos los factores que se convierten en eslabones para una mujer gestante que acude a un centro de salud y no recibe la atención oportuna, con calidad y segura que esta requiere por el estado que vivencia, convirtiéndose así, en la peor experiencia

que pueda tener durante su consulta.

La Tabla 6 lista la actitud negativa acerca del embarazo y el control prenatal, se encontró que el 7% piensa que no necesita control prenatal; el 40% es un embarazo no planeado, el 32% acudió tarde a confirmar el embarazo; 14% en las actitudes negativas de no querer que la gente se entere del embarazo y preferir los consejos de familiares y amigos; y el 20% estar ocupada en otras responsabilidades.

Tabla 6

Actitud negativa acerca del embarazo y el Control Prenatal

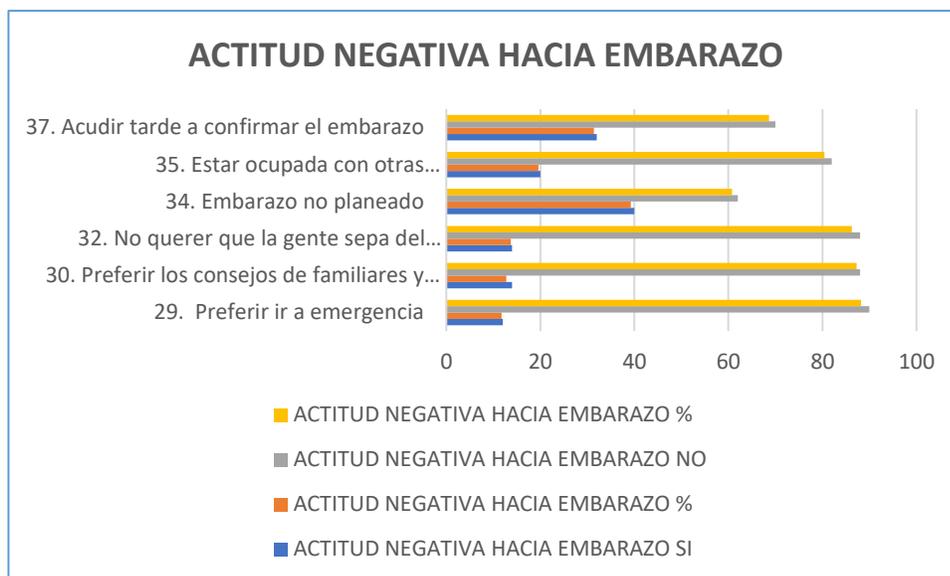
ACTITUD NEGATIVA HACIA EMBARAZO				
	SI	%	NO	%
27. Pensar que no necesita CPN	7	6,863	95	93,137
28. Pensar que puede cuidarse sola	9	8,824	93	91,176
29. Preferir ir a emergencia	12	11,76	90	88,235
30. Preferir los consejos de familiares y amigos	14	12,75	88	87,255
31. Estar pensando en abortar	8	7,843	94	92,157
32. No querer que la gente sepa del embarazo	14	13,73	88	86,275
33. No estar feliz por el embarazo	9	8,824	93	91,176
34. Embarazo no planeado	40	39,22	62	60,784
35. Estar ocupada con otras responsabilidades	20	19,61	82	80,392
36. No estar pensando claro	11	10,78	91	89,216
37. Acudir tarde a confirmar el embarazo	32	31,37	70	68,627

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

N=102

Figura 5.

Resultados de las actitudes negativas de las gestantes hacia el embarazo



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

El gráfico de la subescala “actitud negativa hacia el embarazo” resalta que la gestante percibe con mayor relevancia un embarazo no planeado con un 39,22% seguido del reactivo acudir tarde a confirmar el embarazo, con un 31,37%, respectivamente. Estas actitudes negativas pueden considerarse uno de los principales motivos para que la mujer gestante no acuda a sus controles prenatales, o en su defecto, nunca asista a alguno de ellos, pues no le interesa su proceso de gestación; y es esta la razón por la que aún continúan llegando a las instituciones de salud mujeres en trabajo de parto con comorbilidades asociadas, quienes terminan con complicaciones durante el parto y el post parto, y en consecuencia, aumentando así los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

4.3 Resultados de la asociación de los datos sociodemográficos con los beneficios y barreras en el programa de atención para el cuidado prenatal.

Al realizar el análisis de correlación de Pearson entre los beneficios y las barreras para el cuidado prenatal se obtuvo que existe correlación estadísticamente significativa (p-valor 0.003), la cual además es una correlación positiva ($r= 0.287$) (Tabla 7).

Tabla 7

Correlación de Beneficios y Barreras

		BENEFICIOS
BENEFICIOS	CORRELACIÓN DE PEARSON	1
	SIG. (BILATERAL)	
BARRERAS	CORRELACIÓN DE PEARSON	.287**
	SIG. (BILATERAL)	,003

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

También se realizó un análisis entre las barreras y la actitud, el valor de r de Pearson es de 0.206, además esta correlación es significativa (p-valor=0.038). Por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una correlación positiva baja entre las variables Barreras y Actitud, por el valor de significancia (bilateral) es de 0.038, que se encuentra por debajo del 0.05 requerido (Tabla 8).

Tabla 8*Correlación de Barreras y Actitud*

		BARRERAS
BARRERAS	CORRELACIÓN DE PEARSON	1
	SIG. (BILATERAL)	
ACTITUD	CORRELACIÓN DE PEARSON	.206*
	SIG. (BILATERAL)	,038

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

Al realizar la correlación entre la edad y el inicio del control prenatal se obtuvo que el valor de r de Pearson es de 0.223, además esta correlación es significativa. Por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una correlación positiva baja entre las variables edad y el inicio control prenatal, porque el valor del sig. (bilateral) es de 0.024, que se encuentra por debajo del 0.05 requerido (Tabla 9).

Tabla 9*Correlación de Edad y el Inicio Control Prenatal*

		EDAD
EDAD	CORRELACIÓN DE PEARSON	1
	SIG. (BILATERAL)	
INICIO_CPN	CORRELACIÓN DE PEARSON	-.223*
	SIG. (BILATERAL)	,024

. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

Los resultados del análisis de correlación entre el número de gestaciones y el régimen el valor de r de Pearson es de 0.278, además esta correlación es muy significativa. Por lo que se puede afirmar con un 99% de confianza, que en el ámbito de

estudio hay una correlación positiva baja entre las variables gestación y régimen, porque el valor de la significancia (bilateral) es de 0.005, que se encuentra por debajo del 0.01 requerido (Tabla 10).

Tabla 10

Correlación de Gestación y Régimen

		GESTACIÓN
GESTACIÓN	CORRELACIÓN DE PEARSON	1
	SIG. (BILATERAL)	
REGIMEN	CORRELACIÓN DE PEARSON	.278**
	SIG. (BILATERAL)	,005

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

Dentro del análisis de correlación entre la edad gestacional y el inicio del control prenatal resalta que el valor de r de Pearson es de 0.209, además esta correlación es significativa. Por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva baja” entre las variables edad gestacional y el inicio control prenatal, porque el valor de significancia (bilateral) es de 0.035, que se encuentra por debajo del 0.05 requerido (Tabla 11).

Tabla 11

Correlación de Edad Gestacional y el Inicio control Prenatal

		EDAD GESTACIONAL	
EDAD GESTACIONAL	CORRELACIÓN DE PEARSON	DE	1
	SIG. (BILATERAL)		
INICIO CONTROL	CORRELACIÓN DE PEARSON	DE	.209*

PRENATAL

PEARSON

SIG. (BILATERAL)

,035

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

El resultado del análisis de correlación entre el estado civil y el nivel educativo muestra que el valor de r de Pearson es de 0.225, además esta correlación es significativa. Por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva baja” entre las variables estado civil y nivel educativo, porque el valor de significancia (bilateral) es de 0.023, que se encuentra por debajo del 0.05 requerido (Tabla 12).

Tabla 12

Correlación de Estado civil y Nivel Educativo

		ESTADO CIVIL
ESTADO CIVIL	CORRELACIÓN DE PEARSON	1
	SIG. (BILATERAL)	
NIVEL EDUCATIVO	CORRELACIÓN DE PEARSON	-.225*
	SIG. (BILATERAL)	,023

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

El análisis de correlación entre el estrato y el régimen muestran que el valor de r de Pearson es de 0.225, además esta correlación es muy significativa. Por lo que se puede afirmar con un 99% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una

“correlación positiva baja” entre las variables estrato y régimen, porque el valor de significancia (bilateral) es de 0.010, que se encuentra igual del 0.01 requerido (Tabla 13).

Tabla 13
Correlación de Estrato y Régimen

		ESTRATO
ESTRATO	CORRELACIÓN DE	1
	PEARSON	
	SIG. (BILATERAL)	
RÉGIMEN	CORRELACIÓN DE	-.255**
	PEARSON	
	SIG. (BILATERAL)	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados

Como conclusión del capítulo, con base en los resultados del presente estudio de investigación se tienen las percepciones de las mujeres gestantes que participaron y la asociación que hay con los factores sociodemográficos, quienes, a su vez, consideran que existen barreras que limitan la asistencia o la continuidad con el programa de atención para el cuidado prenatal que surgen a partir de la atención que reciben en la institución, al solicitar una consulta e incluso en el momento de la consulta donde es atendida por un profesional de salud.

Por tanto, se trae a colación, a García – Balaguera quien señala en su artículo de investigación que urge comenzar a trabajar mancomunadamente para optimizar la calidad en la prestación de los servicios y en relación a todo el contexto que el programa

de atención para el cuidado prenatal engloba, y a su vez, se especifica que esta es una labor netamente de los profesionales de salud y además, destaca que la atención prenatal es un instrumento valioso que trae grandiosos beneficios para reducir las altas cifras de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales.

CAPITULO V
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo se presentan los resultados relacionados con los objetivos del estudio y se describen los beneficios y las barreras que percibieron las mujeres gestantes durante el control prenatal en el servicio de consulta externa de la institución de salud y la asociación con los datos sociodemográficos; así mismo, se realiza un análisis de los hallazgos comparándolos con los estudios empíricos de la atención prenatal y los beneficios y barreras del control prenatal.

A través del análisis descriptivo, se identificaron los indicadores más relevantes sobre los beneficios percibidos en el control prenatal, los cuales fueron el aprender a proteger su salud, hablar acerca de su embarazo y tener un bebe sano, los dos primero con un con un 99.02%, seguido de un 100%, el menor beneficio percibido encontrado fue Aprender hábitos de estudio con 92.16%, lo cual concuerda con lo encontrado por (Champion, 2007). Se concuerda que los beneficios motivan a las mujeres gestantes de asistir a controles con el fin de obtener beneficios positivos en su embarazo.

Las principales barreras percibidas por las mujeres en este estudio fueron: 14.4% se siente deprimida, el 25.5% se siente estresada, el 33.3 % refiere mucha espera para obtener una cita, y otra de las dificultades es el 35,3% no encuentra cita; el 29.4% refiere mucha espera antes de su atención; las anteriores percepciones están relacionadas con los servicios de salud que afectaron las decisiones de las participantes para iniciar el cuidado prenatal más tarde de lo planeado, afecta la adherencia al programa y prefieren no asistir o no programar los controles.

En este estudio, los determinantes sociales muestran una gran importancia para

dificultar el acceso al control prenatal. No es suficiente la afiliación al sistema de salud, ni tener una infraestructura adecuada o bonita, o estar cerca de la vivienda, sino que se requiere un esfuerzo adicional de humanidad y empatía y de hacer más amigables los servicios de salud a los usuarios, como garantía de éxito de los programas de promoción y prevención en salud, para así lograr un mayor impacto en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. A su vez, se describe que las causas por las cuales las gestantes no acuden al control prenatal, barreras como no gustarles la seguridad social a la cual pertenecen, muy relacionado con la calidad del servicio y accesibilidad a las citas.

Igualmente se detecta una correlación en el estrato y régimen subsidiado de las gestantes, provocando la disminución de satisfacción con los servicios de salud a los cuales pueden tener acceso para el control prenatal, determinando a su vez que el estar bajo estrés por la gestación y la dificultada de acceso a los servicios de salud, lo cual se asemeja a lo encontrado en el presente estudio. Por tanto, las iniciativas de salud pública para garantizar el acceso oportuno y adecuado a los sistemas de salud deberían incluir evaluaciones individualizadas de las poblaciones que es preciso atender, con el propósito de identificar determinantes sociales de la salud que permitan, a través de planes de acción inter y transectoriales, prevenir, mitigar y/o superar las desigualdades que ponen sistemáticamente en desventaja a grupos poblacionales vulnerables, con lo cual se alcanzaría un mayor nivel de equidad en salud y, por ende, de justicia social (Rodríguez-Páez et al., 2014a).

No sentirse feliz por el embarazo, pensando que no es necesario realizar

revisiones médicas antes de dar a luz, asistir a la sala de emergencias cuando surgen problemas y pensar que la opinión de su familia y amistades son suficientes por sus experiencias, fueron algunas de las actitudes negativas detectadas; otras actitudes negativas que afectaron fueron: 40% es un embarazo no planeado, el 32% acudió tarde a confirmar el embarazo; 14% en las actitudes negativas de no querer que la gente se entere del embarazo y elegir las opiniones de la familia y amistades; el 20% estar ocupada en otras responsabilidades. Lo anterior es acorde a lo reportado por Champion (2007) que indica que factores externos influyen en la decisión de las adolescentes de iniciar la atención prenatal más tarde de lo previsto, destacando que la falta de vivienda es el caso más común para iniciar tardíamente el control de atención para el cuidado prenatal, continuando después en clínicas que no cuentan con el horario suficiente y no pueden encontrar fechas y horas para recibir el cuidado prenatal (Champion, 2007).

Igualmente, las actitudes se vincularon positiva y significativamente con los obstáculos del control prenatal vinculados al servicio, el apoyo social y con los del embarazo en el momento de la primera prueba de embarazo, es decir, actitud negativa aumenta la percepción de los obstáculos por los servicios ($r = 0.248$, $p = 0.017$), Además, estas percepciones son resultados de la manera de afrontamiento de las gestantes de acuerdo a su estado actual emocional y sentimental ocasionada por eventos exteriores, estas percepciones pueden cambiar la actitud frente al embarazo también (Champion, 2007).

La asociación negativa del embarazo y la percepción del control prenatal entre

las gestantes con los beneficios que podrían recibir hace que, a mayor actitud negativa, menor beneficio percibido. En un estudio realizado en Honduras (Pública et al., 2006) sugieren que el ambiente psicosocial en el que atraviesa una mujer que no asiste o no quiere asistir a controles prenatales son causados por un ambiente externo como la disponibilidad de los servicios, en este estudio se encontraron resultados similares en relación con el nivel educativo y el estado civil, factores que afecta de manera significativa el estado psicosocial. Otro punto crucial es la edad de la gestante que está estrechamente relacionada con el ingreso al programa de atención para el cuidado prenatal, las mujeres gestantes jóvenes en su mayoría están en unión libre y se demoraron en asistir a confirmar su embarazo, generando una demora en el inicio de los controles prenatales. Los principales obstáculos que perciben los adolescentes son: el tiempo que pasan en la sala de espera, las horas

Desde la clínica no es suficiente y no se puede encontrar cita disponible. De manera similar informaron que la razón por la cual los pacientes no participaron en el control La atención prenatal se debe a las barreras en el sistema de salud, destacando la barrera de comportamiento del personal clínica (Pécora, Alicia; San Martín, María Emilia; Cantero, Andrea; Furfaro, Karina; Jankovic, M. Paula; Llompart, 2008). En cuanto a las barreras personales que afectan el control prenatal Champion (2007) identificó la insatisfacción con uno mismo y con su existencia estrés, similar a lo que se encontró en el presente estudio.

El inicio tardío de la atención prenatal forma parte de un problema de salud

pública tal como lo señala Masías et al. (2019), que menciona que esta situación se encuentra asociada a diversas causas propias de las gestantes, de sus familias, condiciones sociales y culturales, e incluso, de aquellas relacionadas con el centro de salud en el que reciben la atención. A su vez, Pública et al. (2006), reporta que el conocimiento deficiente sobre la importancia para la madre y el feto, los costos en el transporte al establecimiento, la ocupación de la madre y la falta de planificación del embarazo, así como, el ingreso económico mensual mínimo, las actividades del hogar, la poca disposición de tiempo, la distancia al establecimiento y el excesivo tiempo de espera para recibir la atención, son factores que hacen más probable que la gestante inicie tardíamente la atención prenatal.

De acuerdo con lo que establece la Organización Mundial de la Salud, Mellado y Ávila (2017) exponen que se considera como control prenatal adecuado, la inscripción a este servicio, antes de la semana 12 de gestación y que además la mujer asista a por lo menos 8 controles. Se estima que un número mayor de controles de calidad facilitará la aplicación de medidas de prevención y control de factores de riesgo que pongan en peligro la vida de la madre y/o del feto. A su vez, la asistencia de las mujeres embarazadas al control prenatal es considerada como una medida importante para mantener y preservar la salud de la madre y del feto, además permite conocer oportunamente los factores de riesgo con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Estos resultados se pueden comparar con el presente estudio de investigación teniendo en cuenta que la percepción de las mujeres gestantes participantes considera que el mayor beneficio de asistir al programa de atención del

cuidado prenatal es aprender a proteger su salud, hablar acerca de su embarazo y tener un bebe sano, los dos primeros con un 99.02%, seguido de un 100%, respectivamente.

Es oportuno describir dentro de este contexto que iniciar tardíamente la atención para el cuidado prenatal es considerado una problemática de salud pública. Sin embargo, se ha reconocido que esta situación se encuentra relacionada con las diversas causas de la mujer embarazada y su familia, situaciones sociales y culturales, e incluso las relacionadas con el centro médico en el que recibe atención (Masías et al., 2019). En estudios anteriores indicaron falta de conocimiento en relación con el significado de la mujer gestante y el feto, el valor del transporte para trasladarse al centro de salud, la profesión de la mujer embarazada, el embarazo no planificado, así como el mínimo económico mensual. Los ingresos, las actividades familiares, la falta de tiempo, la larga distancia de las instalaciones y el largo tiempo de espera para recibir atención son factores que hacen que las mujeres embarazadas tengan más probabilidades de comenzar tarde la atención prenatal.

García-Balaguera (2017) expone en su artículo de investigación sobre las barreras de acceso y la calidad en el control prenatal, que con la implementación de la atención prenatal y el llevar a cabalidad todas las características que esta amerita, favorece la identificación oportuna de factores de riesgo que pueden facilitar la aparición de diferentes enfermedades y por consecuente, complicaciones del embarazo que repercuten no solo en la madre, sino también en el neonato. En su estudio describe las barreras de acceso al control prenatal y la calidad de atención a gestantes en el departamento del Meta, con la participación de 306 mujeres gestantes encuestadas,

mediante un estudio descriptivo, transversal, en el cual se obtuvo como resultado que el estado civil unión libre es el que ocupa el mayor porcentaje con un 73.53%, encontrándose una similitud con el presente estudio de investigación, en el cual un 63,7% viven en unión libre; así mismo, se encontró que el nivel educativo que mayor puntaje tuvo fue el de secundaria con un 49,02% de las mujeres encuestadas, encontrándose también una similitud con el presente estudio teniendo este factor el mayor porcentaje con un 64,7% de las mujeres gestantes participantes.

CONCLUSIONES

Esta investigación permitió conocer la percepción de las gestantes que asisten a una institución prestadora de salud sobre los beneficios y barreras del control prenatal en el programa de atención para el cuidado prenatal, siendo este, según la Organización Mundial de la Salud la estrategia más recomendada para detectar tempranamente los factores de riesgos durante el embarazo y prevenir complicaciones que conlleven a la muerte, a su vez, permite preparar a las gestantes para el parto y la crianza; además descubrir la asociación que hay con los factores sociodemográficos y la percepción de los beneficios y barreras del control prenatal. Aunado a esto, se prevé que el personal de salud está en la obligación de velar por el cumplimiento del 100% de la participación de las gestantes al control prenatal, identificando a sí mismo, las diferentes razones por las cuales abandonaría el programa y buscando las mejores herramientas y estrategias para disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Si bien es cierto, en la actualidad se cuenta con un listado de factores que están asociados con la adecuada participación de las mujeres embarazadas y en otro contexto, con la inasistencia a los programas de atención para el cuidado prenatal, siendo estos últimos los implicados en el desarrollo de complicaciones, las cuales se ven reflejadas en las altas cifras de muertes maternas y perinatales, como se ha mencionado en párrafos anteriores. En efecto, la participación que tienen las mujeres en estado de embarazo en estos programas suma gran importancia, teniendo en cuenta que estos programas favorecen la identificación temprana de complicaciones o morbilidades

asociadas al proceso de gestación y que, a su vez, contribuyen con la seguridad de la salud de la madre y el feto.

Aunado a lo anteriormente expuesto, se deduce que al ofrecer una atención con calidad a este grupo de madres gestantes y con el compromiso desde un enfoque humanizado, motivara sustancialmente a que estas mujeres asistan puntualmente a las citas; así mismo, desarrollando planes de acción que faciliten la oportunidad en el acceso a los servicios de salud, ya que este es uno de los principales condicionantes para que las mujeres gestantes no acudan a los citas de los controles prenatales programadas; igualmente, otros factores que son necesarios destacar son el nivel económico, con bajos ingresos, la ocupación, el nivel educativo, no contar con apoyo familiar, la ubicación geográfica, la edad y la afiliación a un sistema de salud.

Los resultados obtenidos con el presente estudio permiten determinar que el rango de edad media fue de 27 años, predominando el rango entre 26 a 30, el 100% de la población tiene acceso a seguridad social, en cuanto al régimen de salud, que es indispensable para la percepción de las participantes del estudio se encuentra que un 74% de la población en régimen contributivo, seguido de un 26% en el régimen subsidiado. El estrato socioeconómico está muy relacionado con los resultados encontrados, el cual se encuentra entre los estratos 1, 2, 3 y 4, con predominio de 43 mujeres de estrato 2, seguido de 35 mujeres de estrato 1, 23 mujeres de estrato 3 y 1 mujer de estrato 4 ubicados en la zona aledaña del centro de salud de Piedecuesta, Santander. El 70% vive en la zona urbana y el 30 en la zona rural.

Por otro lado, en relación con las percepciones que tienen las mujeres gestantes sobre los beneficios del control prenatal se tiene en el reactivo aprender a proteger su salud, hablar acerca de su embarazo y tener un bebe sano, los dos primero con un 99.02%, seguido de un 100%, el menor beneficio percibido encontrado fue Aprender hábitos de estudio con 92.16%.

Las percepciones de barreras o dificultades que tiene la embarazada para ir a los controles prenatales, se encontró que las mayores dificultades percibidas se encontraron en el 14.4% se siente deprimida, el 25.5% se siente estresada, el 33.3 % refiere mucha espera para obtener una cita, y otra de las dificultades es el 35,3% no encuentra cita; el 29.4% mucha espera antes de su atención; la anteriores percepciones están relacionada con los servicios de salud que afectaron las decisiones de las adolescentes para iniciar el cuidado prenatal más tarde de lo planeado, afecta la adherencia al programa y prefieren no asistir o no programar los controles y la barrera con menor porcentaje fue el 4% con no le gusta el proveedor de salud.

En cuanto a las actitudes negativas acerca del embarazo y el control prenatal se encontró que el 7% piensa que no necesita control prenatal; el 40% es un embarazo no planeado, el 32% acudió tarde a confirmar el embarazo; un 14% corresponde a las actitudes negativas de no querer que la gente se entere del embarazo y preferir los consejos de familiares y amigos y el 20% estar ocupada en otras responsabilidades.

Con base en los resultados obtenidos a partir de la aplicación del cuestionario de

beneficios y barreras del control prenatal, se logra el objetivo general planteado en este estudio, el cual buscaba determinar si había factores sociodemográficos que estuvieran asociados a la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal, para lo cual se tiene que no se presenta un resultado significativo, teniendo en cuenta que el 100% de las mujeres gestantes encuestadas se encuentran afiliadas a un régimen de salud; además se tiene que solo una mujer gestante reside en estrato 4, predominando el estrato 2 con 43 mujeres de las que participaron en el estudio, a su vez, el 70% vive en la zona urbana y el 30 en la zona rural. En cuanto a la relación marital, el 13,7 de las mujeres se encuentran solteras. El promedio de la edad gestacional fue 26.1 semanas de gestación; en cuanto al nivel de escolaridad, el mayor porcentaje lo tiene la secundaria con un 64.7 % y el mayor porcentaje de la ocupación es 63.7% dedicadas al hogar.

Sin duda alguna, el aprender a proteger su salud, hablar acerca de su embarazo y tener un bebe sano son los beneficios con mayor puntaje que ellas percibieron, seguidos de aprender hábitos de estudio; no obstante, el sentirse deprimida y estresada y el hecho de esperar mucho tiempo para que le den una cita, o en su defecto, no encontrarla son los principales barreras y limitaciones que ellas encuentran para no asistir a las citas de control prenatal. En cuanto a las actitudes negativas hacia el embarazo, se tiene que solamente el 7% considera que no necesita control prenatal, sin embargo, se encontró que el 32% acudió tarde a confirmar el embarazo y por lo tanto, inició tardíamente su control prenatal; el 14% de las mujeres participantes no quieren que la gente se entere del embarazo y el 20% refieren que no asisten al control prenatal por estar ocupada en otras responsabilidades. Por consiguiente, se tiene una relación

entre las barreras y la actitud negativa hacia el embarazo.

Sin duda, los resultados del análisis también encuentran correlación entre el número de gestaciones y el régimen de afiliación al sistema de salud, al igual que las variables de la edad gestacional con el inicio del control prenatal. A su vez, se tiene una correlación significativa entre el estado civil y el nivel educativo y el estrato y el régimen de afiliación al sistema de salud, respectivamente.

Sin embargo, en relación con la hipótesis de la investigación, se tiene que los factores sociodemográficos si están asociados a la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal, a pesar de que no exista una correlación muy significativa, algunas de las gestantes encuentran como barreras para asistir al programa de atención para el cuidado prenatal algunos de los factores anteriormente descritos.

Conocer la percepción de la gestante sobre los beneficios y barreras del control prenatal le permite al profesional de enfermería, a reconocer las por las cuales la gestante no asiste de manera adecuada al programa de atención para el cuidado prenatal o al inicio tardío de los controles prenatales. Si bien es cierto, que muchas mujeres gestantes no completan su nivel educativo requerido, pertenecen a una población vulnerable y/o viven en zonas rurales alejadas, serán algunas barreras o limitaciones que dificultará acudir a los servicios de salud. Adicional, si esta gestante no tiene los recursos necesarios, le falta transporte o vive en zonas alejadas de la institución de salud, esto repercute en que las gestantes tengan una pobre o baja

percepción sobre los beneficios de asistir al sistema de salud.

Muchas de las mujeres que asisten a un centro de la salud por diferentes razones, son de escasos recursos, no completan el nivel educativo requerido, son mujeres de zonas rurales, tienen parejas machistas o quedan embarazadas a muy temprana edad, por estas y muchas más razones la motivación y la educación por parte del personal de salud es indispensables para que estas reconozcan la importancia de asistir a sus controles prenatales, cuidar de sus bebés y de ellas mismas, establecer que planificación quieren adquirir después del parto y obtener ayuda psicología para evitar depresiones después de este.

Finalmente, es imprescindible que el personal sanitario motive a las mujeres embarazadas y que a su vez use herramientas que le permitan sentirse satisfechas por la atención de salud recibida en la institución. Además, se sugiere que los horarios de atención en el programa para el cuidado prenatal sean convenientes para favorecer la concurrencia de las mujeres. Estudios han demostrado que cuanto mayor es el número de horas que las instituciones dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicita control prenatal en las mismas.

Se recomienda seguir trabajando en estudios similares, con el fin de dar solución a la problemática de la situación actual de morbilidad materna y perinatal abordando las percepciones de las gestantes y de qué manera influye en la participación o el abandono del control prenatal. Se invita a incluir en futuros estudios la clasificación

del riesgo obstétrico y si se relaciona de manera directa con complicaciones maternas perinatales y complicaciones neonatales.

Igualmente, se recomienda que las instituciones prestadoras de salud generen estrategias de educación para la atención oportuna dirigida a las gestantes que asisten a los programas de atención para el cuidado prenatal. te tipo de población. Para un próximo estudio se sugiere trabajar con una mayor población e incluir nuevas variables sociodemográficas y obstétricas, incluyendo antecedentes y morbilidades durante la gestación.

MATRIZ FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
F1. Interés por parte de las mujeres gestantes para participar en el estudio de investigación	O1. Disponibilidad de espacio en la institución de salud para aplicar el instrumento a las gestantes
F2. Gestantes motivadas y colaboradoras	O2. Educación sobre el proceso de maternidad y los factores de riesgo a
F3. Centro de salud con fácil acceso y ubicación geográfica	las gestantes participantes durante la aplicación del instrumento, especialmente a las primigestantes adolescentes

	<p>O3. Continuidad en trabajos de investigación relacionados con la percepción de las gestantes y los factores sociodemográficos</p> <p>O4. Aporte en la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad materna y perinatal</p>
DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>D1. Disponibilidad de tiempo por parte de algunas de las gestantes para realizar el cuestionario</p> <p>D2. Pocos trabajos de investigación relacionados con la percepción de las gestantes sobre los beneficios y barreras del control prenatal y la asociación con los factores sociodemográficos</p>	<p>A1. Dificil interpretación de algunos reactivos del cuestionario por parte de las gestantes</p> <p>A2. Lapso muy corto para la aplicación de los cuestionarios a las mujeres gestantes y el análisis de la información</p>

Fuente: Elaboración propia

REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Adoptada por la, 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, y enmendada por la, 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, W. 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, T. 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, & 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. (2008). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Alvarez-Bravo, A. (1970). Mortalidad materna. In *Gaceta Medica de Mexico* (Vol. 100, Issue 6, pp. 555–563).

Carrillo U., A. (2007). Mortalidad materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista Ciencias de La Salud*, 5(2), 72–85.

Castillo Ávila, I. Y., Bohórquez Moreno, C., Zarate Grajales, R. A., Illescas Correa, L., & Hernández Ramírez, M. G. (2019). Utilización del control prenatal en gestantes de la delegación Iztapalapa, distrito federal de México. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 19(1), 46–55. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2783.2019>

Champion, J. D. (2007). *Factores Psicosociales que Influyen el Inicio del Control Prenatal*. April.

- Cortés D., D. (2010). Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. Hemorragia postparto: morbimortalidad que podemos reducir. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 58(3), 167–171. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0120-00112010000300001&%5CnIng=pt&%5Cnrm=iso&%5Cntlng=es
- Costa, M. da C., Bezerra Filho, J. G., Andrade Bezerra, M. G., Veríssimo de Oliveira, M. I., Carvalho de Oliveira, R. M., & De Vasconcelos Silva, A. R. (2010). Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con amniorrexe prematuro. *Enfermería Global*, 20, 1–12. <https://doi.org/10.4321/s1695-61412010000300006>
- David, J., Kahut, V., & Cordero González, A. (2018). Morbimortalidad materna. *Panorama Cuba y Salud*, 13, 434–440.
- de la Torre, I. Z. O. (2018). De 2000 a 2014. *Breve Apunte Sobre La Evolución Histórica Del Gobierno Corporativo En Los EE.UU., y La Participación Ciudadana En Su Configuración, de 1840 a 2014*, 117–130. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1zgwkf8.11>
- Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. (n.d.).
- Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). (2020). In *Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM)*. <https://doi.org/10.37774/9789275322109>
- Flórez-Estrada Pimentel, M. (2005). InterCAmbio revista sobre Centroamérica y el Caribe. In *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe* (Vol. 11, Issue 2). <https://www.redalyc.org/html/4769/476947242012/index.html>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). Las cifras de supervivencia

maternoinfantil son más elevadas que nunca. *Organización Mundial de La Salud*, 1–6. <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report%0Ahttps://www.who.int/es/news-room/detail/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>

García-Balaguera, C. (2017). Obstacles and quality of prenatal care. *Revista Facultad de Medicina*, 65(2), 305–310. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>

Gualdrón, L. M. V., & de Cárdenas, C. H. R. (2019). Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1).

Hernández, I. M. (2011). *Reporte del capítulo 5 - Metodología de la Investigación*. <https://sites.google.com/site/51300008metodologia/reportes-del-capitulo-5>

Hoyos-Vertel, L. M., & De Rodríguez, L. M. (2019). Barriers to antenatal women with severe maternal morbidity in Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 17–21. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69642>

INS. (2021). UNFPA Colombia | En 2020 se produjeron 409 muertes maternas tempranas en Colombia. In *Unfpa*. <https://colombia.unfpa.org/es/news/en-2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-colombia>

Jessica, Y., Gascón, M., Alejandra, M., & Pérez, M. (2018). *Revista Cubana de Enfermería prenatal en 13 municipios de Bolívar , Colombia in 13 municipalities of Bolivar , Colombia*. 2–3.

Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Nigenda, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de

redes integradas de servicios de salud. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 34, Issue 6, pp. 546–552). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>

Masías, T. Q., Espinoza, N. V, & Ore, J. B. (2019). Associated factors to late start of prenatal care at a callao health center, Peru [Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un centro de salud del callao, Perú]. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(4), 1–12. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85087793673&partnerID=40&md5=79407452f736f1e8e0a55232a6fad84a>

Mayorga-Mogollón, L. E., Sejín-Vásquez, C. E., Pérez-Gómez, M., & Guzmán-Martínez, J. (2019). Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. *Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(3), 220–227. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019005>

Mellado, C. M., & Ávila, C. Y. (2017). Factores de necesidad asociados al uso adecuado del Control Prenatal. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 2–8.

Menéndez, C., & Lucas, A. (n.d.). *Nota 16*.

Ministerio de Salud. (2015). Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. *Ministerio de Salud*, 1–117. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. (2000). Resolución 412. *Ministerio de Salud, 2000*(Febrero 25), 1–6. <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion412.pdf>

- Ministerio de Salud y la Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.” *Resolución 3280*, 1–348. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_3280_de_20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Integral De Atencion En Salud*. 1–147. http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/Lineamiento_Ruta__Materno_Perinatal.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Análisis de la Situación de Salud ASIS-Colombia 2020. *Ministerio de Salud y Proteccion Social- Colombia*, 98. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_24022014.pdf
- Miranda Mellado, C., & Castillo Avila, I. (2016). Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Revista CUIDARTE*, 7(2), 1345. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>
- Miranda Mellado, C., & Yolanda Castillo Ávila, I. (2016). Factores De Necesidad Asociados Al Uso Adecuado Del Control Prenatal Fatores De Necessidade Associados Ao Uso Adequado Do Controle Pré-Natal Need Factors Associated With the Adequate Use of Prenatal Control. 7, 2(1345–51), 7. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340><http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340><http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>

- Montealegre Pérez, L., & García Robles, R. (2017). Investigación en salud materno-perinatal Introducción. *Revista Salud Bosque*, 5759, 29–35. <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2189/1719>
- Moya-plata, D., & Guiza-salazar, I. J. (2010). *Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil*.
- MSPS. (2016). *Ruta Para Mejorar La Salud Materna*. 1. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>
- Navarro-Pérez, C. F., González-Jiménez, E., Schmidt-Riovalle, J., Meneses-Echávez, J. F., Martínez-Torres, J., & Ramírez-Vélez, R. (2015). Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Nutricion Hospitalaria*, 32(3), 1091–1098. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.3.9179>
- ODM 5: Mejorar la salud materna | *Objetivos de Desarrollo Sostenible* | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (n.d.). <https://www.fao.org/sustainable-development-goals/mdg/goal-5/es/>
- OMS. (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. In *Comunicado de Prensa* (p. 4). <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>
- OPS/OMS. (2018). *Salud Materna Datos clave Hoja informativa*. 1–9. <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- OPS/OMS Colombia. (2019). “La mortalidad materna es inaceptable”: Gina Tambini. *Familia, Promoción de La Salud y Curso de Vida*, 22–25. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3165:la-

mortalidad-materna-es-inaceptable-gina-tambini&Itemid=551

- Organización Mundial de la Salud, Unicef, & UNFPA. (2019). Tendencia en la mortalidad materna de 2000 a 2017. *Oms*, 14. www.who.int/reproductivehealth
- Ortiz, E., Vásquez, G., Arturo, C., & Medina, V. (2014). Protocolo de atención preconcepcional. *Ministerio de Salud y Protección Social*, 1–158. <https://colombia.unfpa.org/es/publications/protocolo-de-atención-preconcepcional>
- Pazmiño de Osorio, S., Amashta, F., Perdomo, C., Torres, L. E., Rojas, J., Arturo Rojas, M. C., Zambrano, L., Narjer, K., Juvinao, V., & Agudelo, C. (1998). La calidad del control prenatal como garantía de salud de madres y recién nacidos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 49(4), 190–195. <https://doi.org/10.18597/rcog.1068>
- Pécora, Alicia; San Martín, María Emilia; Cantero, Andrea; Furfaro, Karina; Jankovic, M. Paula; Llompart, V. (2008). Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Revista Del Hospital Materno Infantil Ramon Sarda*, 27(3), 114–119. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227304>
- Pineda Parra, M. O. (2009). El Control Prenatal. *Obstetricia Integral Siglo XXI. Tomo I*, 3, 75–88. http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf
- Prieto Bocanegra, B. M. (2016). Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación en Tunja, Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 335–347.
- Pública, M. S., Master, D., Pública, S., Que, F., La, P., En, D. E. E., Colonia, A., Nidia, A., Reyes, R., Alma, T., & Pastora, L. (2006). *Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. colonia flor del campo. comayaguela. honduras. año 2005.*

- Quijaité Masías, T., Valverde Espinoza, N., & Barja Ore, J. (2019). Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev. Cuba. Obstet. Ginecol*, 45(4), 1–12. <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/613>
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. In *Modelos y teorías en enfermería*.
- Resoluci, L., Integrales, R., & Integral, M. (2018). *Resolución 3280 de 2018 - Nuevas rutas integrales de atención en salud. 2018–2020*.
- Reyeroa MA, Rodríguez J, G. G. (n.d.). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos - Universidad de Chile. In *Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética*. <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76196/introduccion-declaraciones-principios-eticos-generales-preambulo%0Ahttp://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudio>
- Rodríguez-Páez, F. G., Jiménez-Barbosa, W. G., Jiménez-González, C. A., Coral-Córdoba, Á. E., Ramírez-Solano, P. C., & Ramos-Navas, N. R. (2014a). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 206–221. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs13-27.ebas>
- Rodríguez-Páez, F. G., Jiménez-Barbosa, W. G., Jiménez-González, C. A., Coral-Córdoba, Á. E., Ramírez-Solano, P. C., & Ramos-Navas, N. R. (2014b). Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y

desenlaces perinatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 206–221.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs13-27.ebas>

Salud, M. De, Salud, S., Pública, S., Sexualidad, M., & Sexuales, D. (2022). *Salud materna*. 1–3.

Salud, O. M. de la. (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. *Comunicado de Prensa*, 9–12. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who%0Ahttps://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who%0Ahtt>

Salud Materna - OPS_OMS _ Organización Panamericana de la Salud. (n.d.).

secretaria de proteccion social. (2016). Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. *Grupo de Vigilancia En Salud Pública*, 1–98.

Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología., F. de M. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 358.
<https://www.redalyc.org/html/1952/195214328007/>

Susana Aguilera, P., & Peter Soothill, M. D. (2014). Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 880–886. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70634-0)

UNFPA América Latina y el Caribe _ Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna_ orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. (n.d.).

UNFPA América Latina y el Caribe _ Nuevo documento revela que hay un estancamiento

en la reducción de la mortalidad materna en la región. (n.d.).

Villamizar, A. P., & Noguera, Y. (2014). Revista Colombiana de Enfermería. *“Un Milagro de Vida”: De La Teoría a La Práctica de La Enfermería*, 9(9), 125–132. Norma

Yaneth Noguera O.1%0AAndrea Paola Villamizar M.

WHO. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo Resumen de orientación. *SCLMFyC*, 3–9.

<http://www.laalamedilla.org/guias/embarazo.pdf>

ANEXOS

INSTRUMENTO
CUESTIONARIO DE BENEFICIOS Y BARRERAS DEL CPN

Estimada gestante, a continuación, encuentra el cuestionario que describe los beneficios y barreras del control prenatal; en frente a cada afirmación marque con una X la respuesta que usted considere según su percepción. En caso de dificultad al responder alguna (s) pregunta (s), estoy dispuesta a aclararla (s).

Datos sociodemográficos

Dirección de residencia _____ Edad _____ Estado civil _____
 Nivel educativo _____ Afiliación en salud: _____ Estrato social _____
 Ocupación: _____ Número de personas que conforman la familia _____
 Antecedentes personales _____
 Cigarrillo _____ Alcohol _____ PSA _____
 Antecedentes familiares _____
 Fórmula gestacional _____ Edad gestacional _____ Asistencia al CPN _____
 Inicio de la primera consulta CPN _____ Número de CPN realizados _____ Número de ecografías _____

		Reactivo	SI	NO
BENEFICIOS PERCIBIDOS	Percepciones personales de beneficios al inicio del CPN	Aprender hábitos de estudio		
		Aprender a proteger su salud		
		Hablar acerca de su embarazo		
		Tener un bebe sano		
		Temor a tener problemas		
		Aprender acerca del parto		
BARRERAS PERCIBIDAS	Percepciones de dificultad que tiene la embarazada para ir a CPN (Barreras de tipo personal y estructural para el acceso a CPN)	Sentirse deprimida		
		Sentirse estresada		
		Sentirse triste		
		Problema personal		
		Problema con su pareja		
		Problema familiar		
		Mucha espera para obtener una cita		
		Horas de la clínica inadecuadas		
		No encontrar cita		
		Mucha espera antes de su atención		
		No saber dónde obtener CPN		
		No conseguir ayuda para pagar el CPN		
		No le gusta el proveedor de salud		
		Miedo de exámenes médicos		
		No le gusta la actitud del personal		
		Falta de comunicación con el personal		
		Falta de seguridad social		
Falta de dinero para pagar el CPN				
No tener donde vivir				
Cambio de casa				
ACTITUD NEGATIVA HACIA EMBARAZO	Actitud negativa acerca del embarazo y el control prenatal	Pensar que no necesita CPN		
		Pensar que puede cuidarse sola		
		Preferir ir a emergencia		
		Preferir los consejos de familiares y amigo		
		Estar pensando en abortar		
		No querer que la gente sepa del embarazo		

		No estar feliz por el embarazo		
		Embarazo no planeado		
		Estar ocupada con otras responsabilidades		
		No estar pensando claro		
		Acudir tarde a confirmar el embarazo		



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Yo, _____

declaro que he sido informada e invitada a participar en una investigación denominada **“Beneficios y barreras percibidos por las gestantes en el control prenatal en una ips del municipio de Piedecuesta, Santander”**, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad Manuela Beltrán, Colombia y la Universidad Cuauhtémoc, Aguas calientes, México.

Entiendo que este estudio busca conocer mi percepción sobre los beneficios y barreras del control prenatal y sé que mi participación se llevará a cabo en la institución prestadora de salud del municipio de Piedecuesta, Santander, durante la cita de control prenatal, en horario diurno y consistirá en responder un cuestionario que demorará 10 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes quedarán en anonimato, por tanto, no serán identificadas en la fase de publicación de resultados de la investigación.

Estoy en conocimiento que no habrá retribución alguna por la participación en este estudio y que, si estoy interesada, me pueden entregar los resultados, también que esta información podrá beneficiar a la comunidad en general, dada la investigación que se está llevando a cabo.

Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de

la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Acepto voluntariamente participar en este estudio

SI NO

Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con Luz Mary Padilla, enfermera, UMB, Bucaramanga, Colombia. Tel: 607 6525202 Ext.7209