

ANALISIS DE LA CAPTACION TARDIA DE LAS GESTANTES AL PRIMER  
CONTROL PRENATAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL  
NOROCCIDETAL, IPS ABREGO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014.

Presentado por:

ALVAREZ BAYONA YONN ALEXANDER  
ASCANIO SOTO FREDY ANTONIO  
BAYONA ALVAREZ EURIPIDES  
PAEZ PABON LUZ DARY

Tutor:

RICHARD NELSON ROMAN  
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION EN SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO PRERREQUISITO  
PARA OPTAR TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
PROGRAMA DE POSTGRADO A DISTANCIA  
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD  
2014

**TABLA DE CONTENIDO**

1. AGRADECIMIENTOS .....	4
2. TITULO .....	5
3. PROBLEMA .....	6
3.1 Planteamiento del problema .....	6
4. PREGUNTA DE INVESTIGACION .....	10
5. MARCO REFERENCIAL .....	11
5.1 Antecedentes. ....	11
6. HIPOTESIS .....	14
7. JUSTIFICACION .....	15
8. OBJETIVOS .....	19
8.1 Objetivo General .....	19
8.2 Objetivos Específicos .....	19
9. MARCO TEORICO .....	20
10. DISEÑO METODOLOGICO .....	38
11. ASPECTO ETICO .....	40
12. VARIABLES .....	41
12.1 Análisis de las Variables .....	51
13. RESULTADOS .....	55

CONCLUSIONES .....	72
RECOMENDACIONES.....	75
GLOSARIO .....	76
BIBLIOGRAFIA .....	79
ANEXOS .....	81

## **1. AGRADECIMIENTOS**

A la ESE NOROCCIDENTAL, IPS Abrego; la cual nos permitió la realización de este proyecto investigativo, generando a la comunidad investigativa diversos conocimientos sobre las causas de la captación tardía de las gestantes al control prenatal de esta institución.

Además de las gestantes que participaron voluntariamente en el brindar sus opiniones, dudas e inquietudes en el mejoramiento de la atención del programa de control prenatal de la IPS Abrego.

## **2. TITULO**

ANALISIS DE LA CAPTACION TARDIA DE LAS GESTANTES AL PRIMER CONTROL PRENATAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDETAL, IPS ABREGO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014

### **3. PROBLEMA**

#### **3.1 Planteamiento del problema**

La situación actual en relación a los controles prenatales, se considera de gran importancia debido a que; es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

Por esto mismo es de vital importancia que la materna inicie tempranamente sus controles; debido a que cuando estas mujeres inician tardíamente sus controles aumenta el riesgo de materno-perinatal; en ciertas ocasiones su asistencia tardía es a consecuencia de una serie de barreras de acceso al control las cuales pueden ser de tipo demográficas, socioculturales, económicas, afiliación a los servicios de salud, disponibilidad del servicio y cobertura.

Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal (CPN) siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales (Organización Mundial de la Salud, 2003).

El Programa de control prenatal permite identificar las alteraciones del embarazo que requiere de un ingreso oportuno. En la institución se ha registrado un ingreso tardío de las gestantes al programa, lo que está afectando la salud del binomio Madre – Hijo al no detectar oportunamente posibles alteraciones, generando muertes en el neonato y/o de la

materna, mayor incidencia de remisiones a niveles superiores de complejidad, complicaciones del embarazo y en el parto, incremento de los costos de los servicios de salud (UCI neonatal, remisiones); implicaciones a nivel familiar y social por una muerte materna.

Durante el 2014 según las estadísticas del DANE, **nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre**, en el municipio de Abrego han tenido 249 nacimientos de los cuales 38 han sido entre mujeres de 10- 19 años; 134 en edades de 20- 29 años; 66 en las edades de 30- 39 años; y 11 en el rango de 40 – 49 años. Por otra parte en las estadísticas de los **nacimientos por tiempo de gestación, según departamento, municipio y área de residencia de la madre**, encontramos en este mismo municipio que existió 1 nacimiento durante las 22 a 27 semanas de gestación; 34 en las 28 a 37 semanas; 210 en las 38 a 41 semanas de gestación, es importante prevenir los embarazos de alto riesgo y así prevenir los nacimientos antes de las 38 semanas lo cual es considerado como nacimientos de alto riesgo, y esto como se efectúa mediante un control prenatal oportuno y eficaz, porque como se ha estado evidenciando anteriormente esa es la finalidad de los controles prenatales la detección temprana , eficaz y oportuna de todas los riesgos durante el embarazo (DANE, 2014).

Las muertes maternas en la sociedad tienen un alto impacto debido a que al perderse la vida de una madre afecta el núcleo familiar, además de que la mujer es ser humano procreador generado una disminución de la futura población en el mundo, por eso mismo el estado realiza diversas campañas además supervisa y vigila los programas manejados en las diferentes ESE, EPS, ARS, con respecto a un cumplimiento de metas de un control prenatal eficaz y oportuno.

En la semana epidemiológica 24 del 2014, el 88,9% (32) de las entidades territoriales han notificado 146 casos de muerte materna temprana, siendo el Distrito de Bogotá quien presenta el mayor porcentaje, con el 12,2% (18), seguido de Córdoba con el 10,2% (15), Antioquia con el

7,5% (11), Guajira con el 6,8% (10) y Cauca con el 6,1% (9). Estas 4 entidades territoriales concentran el 42,9% del total de casos en el país (SALUD, 2014).

El Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución No. 743 de 2013, donde se establecen los parámetros para la evaluación de los planes de gestión a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, los cuales deben adoptar los estándares e indicadores para la parte administrativa y asistencial, de acuerdo a su nivel de atención.

En esta resolución hay un indicador para medir la gestión de los gerentes dentro de la parte asistencial, denominado: proporción de gestantes captadas antes de las 12 semanas de gestación, el cual se mide tomando el número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y que se hayan inscrito en el programa de control prenatal a más tardar en la semana 12 de gestación, sobre el total de mujeres gestantes identificadas en la institución. Teniendo como meta una proporción superior al 85%, este estándar se debe cumplir por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas al Ministerio de la Protección Social.

Durante el periodo del año 2012, la Empresa Social el Estado Hospital Regional Noroccidental, obtuvo en este indicador una proporción de 65,1% y para el año 2013 de 66,8%; aunque presentó una mejora del 1,3% respecto a la vigencia pasada, la Institución no ha logrado cumplir con el estándar fijado por el Ministerio; a pesar de algunas estrategias aplicadas como, atención de gestantes sin barreras, realización de cursos sicoprofilácticos, contribución económica directa de la ESE para alojamiento antes del parto, paraclínicos no POS, entre otros.

Por lo anteriormente expuesto es necesario adelantar un estudio que determinen los motivos de inasistencia de la gestante a control prenatal y de esta manera sirva de base para tomar decisiones por parte de la gerencia respecto a las acciones que se deban implementar

para cumplir con el estándar propuesto en la Resolución No. 743 de 2013, y así disminuir los factores de riesgo durante el tiempo de gestación de las Usuarias de la Ips de Abrego.

#### **4. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿A qué se debe la captación tardía de las gestantes al primer control prenatal en la ESE Hospital Regional Noroccidental IPS ABREGO en el primer semestre del año 2014?

## 5. MARCO REFERENCIAL

### 5.1 Antecedentes.

Según las cifras de la mortalidad materna en el mundo se observa que cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; Para el 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. En el África subsahariana la ratio de mortalidad materna en 2008 supera 280 muertes por cada 100.000 nacimientos (en España se situó en 7 ese mismo año).

Aunque el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las **adolescentes de menos de 15 años**. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3800 en los países desarrollados y de 1 en 150 en los países en desarrollo.

Las principales **complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas**, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia); los abortos peligrosos. El 20% restante de muertes maternas son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo.

Por último, una cifra esperanzadora que nos señala que posiblemente el futuro sea mejor: la mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2010. Según un estudio de The Lancet las cifras de 2008 suponen una reducción del 40% en la ratio de mortalidad maternal desde 1980. Hoy podemos decir, como señala la OMS, que desde 1990 la mortalidad materna ha disminuido en un 47%.

Otros datos a tener en cuenta son que la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y que las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (ORGANIZACION MUNDIAL PARA LA SALUD. OMS, 2014).

Mientras tanto a nivel nacional observamos según en el **Informe del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, desde el 15 junio hasta 19 julio, periodo epidemiológico VII, Colombia, 2014**. El número de gestaciones, el 69,4% de las adolescentes cursaban por su primera gestación, el 29,3% tenían registrado 2 y 3 gestaciones y el 1,2% de 4 o más gestaciones. El 29,7% de las gestantes adolescentes no asistió a controles prenatales, el 39,2% asistió a consulta prenatal entre 1 y 4 controles y el 31,1% asistió a 5 o más controles; de las gestantes que asistieron a control prenatal, el 53% de las gestantes asistió a controles con el médico general, el 38,7%, por medico obstetra y el 4% por enfermera (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2014).

Actualmente en el Hospital Regional Noroccidental de Abrego, El Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución No. 743 de 2013, donde se establecen los parámetros para la evaluación de los planes de gestión a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, los cuales deben adoptar los estándares e indicadores para la parte administrativa y asistencial, de acuerdo a su nivel de atención.

Entre ellos existe el denominado: proporción de gestantes captadas antes de las 12 semanas de gestación, Teniendo como meta una proporción superior al 85%, este estándar se debe cumplir por las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas al

Ministerio de la Protección Social. Durante el periodo del año 2012,, obtuvo en este indicador una proporción de 65,1% y para el año 2013 de 66,8%; aunque presento una mejora del 1.3% respecto a la vigencia pasada.

Mientras sus estadísticas para el 2014 según las estadísticas del DANE, **nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre**, en el municipio de Abrego han tenido 249 nacimientos de los cuales 38 han sido entre mujeres de 10-19 años; 134 en edades de 20- 29 años; 66 en las edades de 30- 39 años; y 11 en el rango de 40 – 49 años. Por otra parte en las estadísticas de los **nacimientos por tiempo de gestación, según departamento, municipio y área de residencia de la madre**, encontramos en este mismo municipio que existió 1 nacimiento durante las 22 a 27 semanas de gestación; 34 en las 28 a 37 semanas; 210 en las 38 a 41 semanas de gestación, es importante prevenir los embarazos de alto riesgo y así prevenir los nacimientos antes de las 38 semanas lo cual es considerado como nacimientos de alto riesgo, y esto como se efectúa mediante un control prenatal oportuno y eficaz, porque como se ha estado evidenciando anteriormente esa es la finalidad de los controles prenatales la detección temprana , eficaz y oportuna de todas los riesgos durante el embarazo (DANE, 2014).

## **6. HIPOTESIS**

La captación tardía de las gestantes al primer control prenatal en la ESE Hospital Regional Noroccidental IPS ABREGO, en el primer semestre del año 2014, se debe, a las barreras de acceso al control: demográficas, socioculturales, económicas, afiliación a los servicios de salud, disponibilidad del servicio y cobertura.

## 7. JUSTIFICACION

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe la embarazada desde la primera vez que acude al médico hasta el momento del parto. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de prever complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

Lo adecuado es que se realice un control del embarazo cada mes, pero si no es posible de esta manera, se recomienda realizar un mínimo de 5 controles: uno en los primeros 5 meses, el segundo entre los 6 y 7 meses, el tercero entre los 7 y 8 meses, el cuarto entre los 8 y 9 meses, y el último hasta que empieza la labor de parto o el médico haga una cita para planificar una cesárea o parto normal (Carpio, 2014).

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta que se ha propuesto en el país es disminuirla, por esto mismo el estado, ha definido diferentes actividades y acciones en un conjunto de estándares con recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a las instituciones, pacientes, familiares, investigadores, Administradoras de Planes de Beneficios y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo.

El Informe de Objetivos Del Milenio 2010 en el mundo, muestra que las hemorragias y la hipertensión son las principales causas de mortalidad materna en las regiones en vía de desarrollo y representan la mitad de las muertes de la mujer en embarazo y de las que inician su maternidad.

El 18% de las causas son indirectas y el VIH/SIDA cobra importancia a partir de 1990. El 11% de las muertes son por causas directas, ocasionadas por complicaciones del embarazo y del parto (anestesia, obstrucción del parto y cesárea, entre otras), la mayoría evitables a través del acceso a servicios de salud de buena calidad (© Así Vamos en Salud. All Rights Reserved, 2011).

En Colombia la prestación de los servicios de Salud, está regulada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual ha promulgado y aplicado normatividad para la atención de la mujer embarazada, mediante la Resolución 412 del 2000, esta norma técnica establece parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal, Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo (MINISTERIO, 2000).

Según en el **Informe del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, desde el 15 junio hasta 19 julio, periodo epidemiológico VII, Colombia, 2014**. El número de gestaciones, el 69,4% de las adolescentes cursaban por su primera gestación, el 29,3% tenían registrado 2 y 3 gestaciones y el 1,2% de 4 o más gestaciones. El 29,7% de las gestantes adolescentes no asistió a controles prenatales, el 39,2% asistió a consulta prenatal entre 1 y 4 controles y el 31,1% asistió a 5 o más controles; de las gestantes que asistieron a control prenatal, el 53% de las gestantes asistió a controles con el médico general, el 38,7%, por medico obstetra y el 4% por enfermera (Instituto Nacional De Salud, 2014).

Durante el 2014 según las estadísticas del DANE, **nacimientos por tiempo de gestación, según departamento, municipio y área de residencia de la madre**, encontramos en este mismo municipio que existió 1 nacimiento durante las 22 a 27 semanas de gestación; 34 en las 28 a 37 semanas; 210 en las 38 a 41 semanas de gestación, es importante prevenir los embarazos de alto riesgo y así prevenir los nacimientos antes de las 38 semanas lo cual es considerado como nacimientos de alto riesgo, y esto como se efectúa mediante un control prenatal oportuno y eficaz, porque como se ha estado evidenciando anteriormente esa es la finalidad de los controles prenatales la detección temprana , eficaz y oportuna de todas los riesgos durante el embarazo (DANE, 2014).

La Empresa Social del Estado Hospital Regional Noroccidental, en caso de las gestantes y del neonato, establece la atención en cada una de las IPS así no se posea contrato con la EPS o sea del contributivo, de otro municipio, tenga problemas con el carne, etc. La ESE garantiza para esta población todos los servicios y actividades que posee como primer nivel que incluye la consulta de ginecología. Es función propia del área de facturación por demás, trata de que la EPS autorice el servicio o se le facture a esta, no siendo este asunto un obstáculo para su atención oportuna.

De igual forma, la ESE posee habilitado y contratado el servicio de ginecología para las gestantes y para las no embarazadas en caso de que el resultado de la citología sea adversa y requiera intervención oportuna, en este caso la usuaria no embarazada se factura con cargo al contrato del Instituto Departamental de Salud Norte de Santander, con cobro del copago respectivo.

Por consiguiente se requiere elaborar un estudio para determinar los motivos de inasistencia de las gestantes a control prenatal en la ESE Noroccidental y así poder determinar las causas de esta inasistencia, logrando disminuir los factores de riesgo durante el tiempo de gestación, además

de prevenir la mortalidad materna y perinatal; sabiendo que esto es una problemática de gran impacto en salud pública.

## **8. OBJETIVOS**

### **8.1 Objetivo General**

Determinar las causas de la captación tardía a los controles prenatales en la Empresa Social del Estado Hospital Regional Noroccidental para el primer semestre del año 2014.

### **8.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar la población objetivo, en cuanto al estado civil, edad, ocupación, situación de trabajo, ingresos mensuales y apoyo del cónyuge o familia.
- Establecer las barreras de acceso de la gestante a los servicios que presta la ESE Hospital Regional Noroccidental, Ips Abrego, según las condiciones geográficas, económicas y culturales.
- Identificar el nivel de sensibilización de las maternas sobre la importancia del control prenatal.
- Evaluar la adherencia al protocolo de atención por parte del personal asistencial.

## 9. MARCO TEORICO

### **Situación Contextual**

Es de gran importancia el cumplimiento de los deberes laborales por parte del personal de salud de la Ips de Abrego en capacitar, exponer e informar a las mujeres en estado de embarazo que no solo acudan a dicha entidad, sino a todas las mujeres en edad fértil. Así mismo, el desconocimiento de los cuidados que deben tener las mujeres en gestación no exonera las consecuencias negativas (muerte perinatal, mortalidad materna, mortalidad materna extrema) que se deriven en un futuro por la falta de conocimiento.

Actualmente en la Ips de Abrego en el programa de detección temprana de alteraciones del embarazo (control prenatal) se cuenta con un total de 285 maternas en la cohorte de Enero-Junio de 2014; sin embargo, 13 mujeres en gestación son menores de 18 años. Mientras tanto el total de la población que ingresaron tardíamente después de las 12 semanas de su embarazo son 89 pacientes, correspondientes a la misma cohorte.

Así mismo durante el presente año los nacimientos por tiempo de gestación, según departamento, municipio y área de residencia de la madre, encontramos en este mismo municipio que existió 1 nacimiento durante las 22 a 27 semanas de gestación; 34 en las 28 a 37 semanas; 210 en las 38 a 41 semanas de gestación, es importante prevenir los embarazos de alto riesgo y así prevenir los nacimientos antes de las 38 semanas lo cual es considerado como nacimientos de alto riesgo, y esto como se efectúa mediante un control prenatal oportuno y eficaz, porque como se ha estado evidenciando anteriormente esa es la finalidad de los controles prenatales la detección temprana, eficaz y oportuna de todos los riesgos durante el embarazo (DANE, 2014).

## Referente Teórico

### **Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú.** (Oscar Munares-GarcíaA, 2013)

El presente estudio buscaba principalmente analizar factores asociados al abandono al control prenatal. Es un estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, se indagó datos generales y factores de abandono: personales, institucionales y médicos. Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales a un nivel de significación estadístico  $p < 0,05$ ; OR IC95% y regresión logística binaria.

Entre sus resultados principales

El 89,6% de los casos presentó un rango de edad entre 19 a 35 años, y de 88,1% en los controles. El 66,5% de la población tenía educación secundaria, 72,9% era conviviente, el distrito de mayor frecuencia fue San Juan de Lurigancho. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

La mediana de edad de los casos fue de 26,0 años y de 27,0 años para los controles. La mediana del número de gestaciones fue de 2,0 para los casos y de 2,0 para los controles.

En el análisis bivariado se determinó que el 11,6% de las gestantes que indicaron percibir el control prenatal de poca importancia abandonaron el control prenatal, comparadas con el 0,6% de los controles, existiendo 21 veces mayor probabilidad de abandono OR: 21,3 IC95% 2,9-433,6). El 28% que señalaron dificultades por quehaceres domésticos abandonaron el control prenatal comparados con el 7,9% de los controles, existiendo 4,5 veces mayor probabilidad (OR: 4,5 IC95% 2,3-8,8). El 29,3% de las que abandonaron presentaron dificultad de permisos en el trabajo comparado con el 11,6%, existiendo 4 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 3,2 IC95%

1,8-5,7). No se encontró asociación para abandono al control prenatal con el olvido de las citas, estar desempleada, tener ocupación manual, tener primaria incompleta, poco apoyo de la pareja, edad extrema, ser soltera sin parejas estable, domicilio lejano al establecimiento de salud, residir en barrio marginal, embarazo no planificado y poco apoyo de la familia

En cuanto a los factores institucionales el 31,7% de las que abandonaron el control prenatal presentaron servicios incompletos, comparados con el 4,3% de los controles, existiendo 10 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 10,4 IC95% 4,6-23,8). Una de las herramientas del control prenatal, es que debe de ser periódico, para ello luego de la consulta realizada, se tiene que indicar, cuándo será la próxima consulta o cita de seguimiento, el 22,6% de las que abandonaron indicaron no tener cita de seguimiento, comparado con el 4,9% de los controles existiendo 5,7 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 5,7 IC95% 2,6-12,6). La incoordinación entre los servicios que brinda el establecimiento de salud, es decir, el orden que debe tener toda gestante para poder asistir a todos los servicios que brinda el establecimiento de salud como consulta odontológica, laboratorio, farmacia, consulta médica, consulta psicológica, asistencia a psicoprofilaxis obstétrica o estimulación prenatal, entre otros, debe tener un recorrido ordenado y secuencial, se encontró que el 34,8% de las que abandonaron presentaron incoordinación entre los servicios, comparado con el 8,5% de los controles, existiendo 5,7 veces mayor probabilidad cuando este factor está presente (OR: 5,7 IC95% 3,0-10,8). El 20,1% de las que abandonaron indicaron poco tiempo de la consulta comparado con el 4,9% de los controles, presentando 4,9 mayor probabilidad de abandono (OR: 4,9 IC95% 2,2-11,0). El 17,7% de las que abandonaron indicaron ubicación lejana del consultorio prenatal,

comparada con el 4,9% de los controles, existiendo 4,2 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 4,2 IC95% 1,9-9,5). El 34,1% de las que abandonaron presentaron tiempo de espera largo para su atención, comparado con el 13,4% de los controles, existiendo 3,3 veces mayor probabilidad para el abandono (OR: 3,3 IC95% 1,9-5,8). El 9,1% de las que abandonaron indicaron desconocimiento sobre el control prenatal, comparado con el 3% de los controles, presentando una probabilidad 3,2 veces más para el abandono (OR: 3,2 IC95% 1,1-9,0). El ambiente inadecuado para la consulta prenatal, es decir la percepción que tiene la gestante de la distribución y calidad de los ambientes que presenta el establecimiento de salud, así como la privacidad al mismo, se encontró que el 15,9% de las que abandonaron presentaron este factor, comparados con el 6,1%, existiendo 2,9 mayor probabilidad de abandono con el factor presente (OR: 2,9 IC95% 1,4-6,2). Los gastos en exámenes no cubiertos en el establecimiento de salud, es decir pagos por ecografías, análisis de laboratorio, suplementos vitamínicos, entre otros, se determinó que el 33,5% de las que abandonaron presentaron este factor, comparado con el 15,9% de los controles, existiendo 2,7 mayor probabilidad de abandono (OR: 2,7 IC95% 1,6-4,5). El 10,4% de las que abandonaron, también indicaron que no la atendieron, comparado con el 4,3% de los controles, existiendo 2,6 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 2,6 IC95% 1,1-6,4)

Con respecto a los factores médicos el 11,6% de los que abandonaron indicaron que presentaron relación profesional-paciente insatisfactoria, comparado con el 1,8% de los controles, existiendo 7 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 7,0 IC95% 2,0-24,2).

Del mismo modo sucedió con el 14,6% de las que presentaron trato inadecuado, comparado con el 3% de los controles, existiendo 5,4 veces mayor probabilidad (OR: 5,4 IC95% 2,0-14,6). El 73,2% de las que abandonaron el control prenatal presentaron calidad inadecuada del mismo, es decir, los patrones fueron menores a la media esperada en este grupo, comparado con el 42,7% de

los controles, existiendo 3,6 veces mayor probabilidad de abandono cuando se tiene calidad inadecuada (OR: 3,6 IC95% 2,3-5,8). El 17,1% de los que abandonaron presentaron profesional-paciente impersonal, comparado con el 6,1% de los controles, existiendo 3,2 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 3,2 IC95% 1,5-6,8), finalmente el 11% de los que abandonaron indicaron temor al examen ginecológico, comparado con el 4,9% de los controles (OR: 2,4 IC95% 1,01-5,7) no se encontró asociación con el maltrato por parte del profesional.

### **Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? (Alicia Pécora, 2008).**

Un estudio diseño observacional, transversal; se realizó una *encuesta* a 401 embarazadas que asistieron a su primera consulta prenatal en el consultorio de admisión del Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá” durante los meses de septiembre-octubre del año 2007. Su objetivo principal era en determinar los factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al control prenatal.

Sus principales resultados arrojados en este estudio fueron;

El 16% eran adolescentes (hasta 17 años) y 84% adultas (18 años o más). La *nacionalidad* evidenció que sólo el 48% eran argentinas y el 52% extranjeras, en su mayoría bolivianas

(34%), paraguayas (11%), peruanas (4%) y un 3% de otras nacionalidades. El análisis de la *escolaridad* mostró que el 18% tenían primaria incompleta y que el 33% lo completó, el 29% secundaria incompleta y el 13% completó estos estudios y el 7% tenía estudios terciarios.

El *estado civil* demostró mayoritariamente unión estable (68%), el 17% casadas y el 15% solteras. Más de la mitad (61%) de las mujeres que concurren por primera vez al control prenatal provenían de la Provincia de Buenos Aires y el resto de Capital Federal.

La mayoría de las mujeres *tardaron en llegar al hospital* más de dos horas (61%). En cuanto a la *paridad* el 47% fueron nulíparas y el 53% tuvo uno o más partos o cesáreas.

Sólo un 24% de las mujeres realizó su *primera consulta prenatal* en el primer trimestre y un 76% lo inició en el segundo o tercer trimestre.

Los **motivos** que expresaron las mujeres por los cuales no concurren precozmente al control prenatal fueron: 33% no consiguió turno antes para la apertura de la historia clínica de primera vez en este Hospital, 19% había realizado previamente algún control prenatal en algún centro de salud o institución del área sanitaria correspondiente a su domicilio, 13% por razones laborales, el 11% por atención a otros hijos, el 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento de la importancia de un control prenatal precoz y sólo un 6% por razones económicas.

### **Barreras Y Facilitadores Para El Control Prenatal En Adolescentes: Resultados De Un Estudio Cualitativo En Chile, 2013** (Lucy, Macarena, Ximena, & Jeanette, 2013)

Su propósito se basó en analizar barreras y facilitadores de acceso a control prenatal en adolescentes urbanas de 15-19 años en Santiago, Chile. Fue un estudio de tipo cualitativo con 17 madres adolescentes basado en la teoría fundamentada. Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas y un grupo focal.

Las participantes fueron 17 madres entre 15 y 19 años. En el cuadro I se describen las características según acceso oportuno o tardío a control.

En el proceso de acceso, el primer elemento que emerge es que el embarazo es un evento no planificado con alta carga negativa y fuerte reproche cultural de las familias, sistema de salud y contexto social.

*...me daba miedo que la matrona me dijera “¿por qué andabas haciendo eso?” si igual yo quedé embarazada a los 17 y entonces me dijo “¿Y tan chica?” (grupo AO)*

La vivencia después de sospechar el embarazo es decepcionar a sus familias y frustrar sus planes de vida, predomina el temor a contar a los padres. Las familias reaccionan negativamente ante el embarazo con descalificación, enojo, expulsión del hogar, tristeza e incertidumbre frente al futuro.

*... mi mamá se enojó, mi papá no hablaba, no decía nada... mi mamá lo único que me dijo “te tienes que ir” y yo le digo “me voy, poh”. (grupo AO)*

La confirmación del embarazo tiene gran variación: desde la búsqueda activa y pronta de mecanismos objetivos (test de embarazo o acudir a un profesional) hasta esperar pasivamente que se reinicie la menstruación. Cuando se percibe el aumento del tamaño abdominal, se niegan a sí mismas el embarazo hasta lo insostenible, desarrollando estrategias de ocultamiento de su condición.

En el grupo AO, la sospecha, confirmación del embarazo, asunción individual y contar a los padres se hace en menor tiempo que en el grupo AT, que posterga más tiempo la aceptación en un proceso de negación.

*... yo no lo asumía en realidad... fue como que primero tuve como negación así como que no, no quería, no quería estar embarazada, no quería nada. (grupo AT)*

Es posible comprender la negación y ocultamiento del grupo AT desde un contexto familiar y social de mayor vulnerabilidad. La vulnerabilidad familiar se expresa en

violencia de pareja y la vulnerabilidad social en condiciones de vida materiales de extrema precariedad que conforman un contexto adverso para asumir el embarazo e iniciar el control. control. Tampoco tienen experiencias cercanas, ni conocimiento del control y carecen de contacto previo con el sistema de salud a diferencia del grupo AO donde algunas incluso ya habían tomado contacto con el sistema para solicitar anticoncepción.

Ambos grupos identifican barreras de ingreso. La negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera de ingreso del grupo AT. El grupo AO identifica barreras de tipo administrativo (obtener consulta), socioculturales (crítica negativa) y pudor.

El temor a ser vistas en el consultorio es identificado como barrera por ambos grupos. El grupo AT no identifica facilitadores de ingreso, mientras que el grupo AO identifica los siguientes: centro de salud como guía en el proceso, autocuidado, apoyo social, entre otros.

Todas las participantes identifican barreras y facilitadores para mantenerse en control hasta el parto y las de ambos grupos son muy similares. A su vez destacan el maltrato por parte del personal administrativo y lo perciben como de mala calidad y discriminatorio.

Finalmente, destacan como facilitadores para mantenerse en control el apoyo social y el sentido de responsabilidad y autocuidado. Las jóvenes del grupo AO identifican mayor cantidad de facilitadores para mantenerse en control. El proceso de acceso, según grupo de acceso oportuno o tardío, desde la sospecha y confirmación del embarazo, el ingreso a control como hito y las barreras y facilitadores más relevantes.

**Evaluación del programa de control prenatal en la empresa social del estado hospital local de Mahates durante el segundo semestre del año 2012** (cuello salcedo & zabaleta egea, 2012).

Evaluar la calidad del programa de control prenatal en la E.S.E hospital Local de Mahates en el II semestre del año 2012; para contribuir a mejorar las acciones que permitan asegurar las acciones de prevención y promoción de la salud durante el embarazo; el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz adecuado de las enfermedades del binomio madre - hijo.

Entre sus resultados encontramos No existe una programación de las actividades para la vigencia de cada contrato. No se realiza curso de Psicoprofilaxis, solo capacitaciones a la gestante y su núcleo familiar a través de las auxiliares de demanda inducida de las diferentes E.P.S, con las cuales existe convenio; ausencia de socialización del manual de referencia y contrarreferencia, lo cual dificulta el procedo de atención a las usuarias susceptibles de derivación por el desconocimiento de los lugares a los cuales deben ser remitidas las gestantes con cuadros de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.

Cabe resaltar que la gran mayoría de los estándares contenidos en esta matriz muestra el cumplimiento de estos. En las actividades de demanda inducida aplicadas al grupo de estudio donde se encontraron los siguientes hallazgos negativos:

Ausencia de registro de suministro de elementos informativos a la gestante. Ausencia de funcionario al interior de la institución encargado de realizar llamadas telefónicas para seguimiento a la asistencia al control prenatal por parte de las gestantes.

No se evidencian estrategias para medir el impacto de las acciones de demanda inducida debido a la ausencia de funcionario encargado de estas actividades. No cuenta en la actualidad con funcionario de auditoría, que le permita plantear los indicadores de cumplimiento del programa y el seguimiento de los planes de mejoramiento específicos del área.

En virtud de que el programa de control prenatal establecido registra nuevos procesos de actualización y guías costo/efectivas, acordes a los lineamientos de la OPS/OMS y a las guías del ministerio de salud, el quehacer del total integral a redireccionar es implementarlas en forma eficiente y con resultados en los compromisos esbozados en cada uno de los puntos tratados al respecto de su análisis y evaluación.

**Ingreso Tardío De Gestantes Al Programa De Control Prenatal En la E.S.E Hospital Tobias Puerta De Uramita – 2008** (Luz Amparo & Beatriz Elena, 2008)

Su objetivo principal se fundamentó en determinar el impacto del ingreso tardío de las gestantes de control prenatal con el fin de generar información que permita reorientar las intervenciones; además de identificar el estado actual del proceso de demanda inducida, ingreso y control prenatal a través de la observación directa; seguidamente en identificar el nivel educativo, socioeconómico y aspectos demográficos y culturales asociados al ingreso tardío de las gestantes al programa de control prenatal; posteriormente determinar el nivel de satisfacción de las gestantes asistentes al programa de control prenatal; además de establecer las causas más frecuentes para el ingreso tardío al programa de control prenatal.

Entre sus resultados se obtuvieron fueron, bajo el sistema de análisis DOFA (Debilidades, Oportunidad, Fortaleza y Amenaza) con relación a sus objetivos; entre los más relevantes encontrados son: Dentro de la misión institucional no se tiene en cuenta la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como fundamentos en la prestación de servicios de

salud en el primer nivel de complejidad y teniendo en cuenta que la comunidad uramiteña es en un 65% aproximadamente del área rural, con difícil acceso a los servicios de salud, haciéndose aún más evidente la necesidad de prevenir en lugar de curar.

No existe un cronograma de días y horarios de cada uno de los programas de promoción y prevención. No se cuenta con una señalización al ingreso de la institución que oriente a los usuarios acerca de los servicios que ofrece la institución en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y como acceder a ellos.

Se adelanta el proceso de habilitación y la implementación del PAMEC en el cual está incluida la auditoria a los programas de P y P. Se cuenta con una emisora municipal con la que se puede difundir los diferentes programas con los que cuenta el servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la ESE Hospital Tobías Puerta.

Las coberturas en cuanto a controles prenatales están óptimas de acuerdo a las metas planteadas por el Ministerio de Protección Social. Existe un equipo interdisciplinario comprometido con el cumplimiento de las metas de P y P (Odontóloga, Higienista Oral, Medico coordinador, Enfermero Jefe, Vacunadora, Auxiliares de Enfermería). Se realizan actividades extramurales.

Las acciones de P y P no deben acabar cuando se terminan los controles prenatales, sino que es una actividad continua e integra, llevando ese seguimiento a la atención del nuevo ser con la atención del parto y así vincularlo inmediatamente al programa vacunación, crecimiento y desarrollo y a la familia en el programa de planificación familiar. Todo como un círculo integral que gira en torno al desarrollo humano.

**Factores Asociados A La Inasistencia Al Primer Trimestre Del Control Prenatal En Mujeres Gestantes De La ESE San Sebastián De La Plata, Huila, 2009**  
(Córdoba, Escobar, & Guzmán, 2009)

Es un estudio analítico de casos y controles basado en la revisión de historias clínicas de las gestantes del programa de control prenatal que asistieron antes y después del primer trimestre de gestación en el periodo comprendido entre septiembre-diciembre de 2009 en la ESE San Sebastián de la Plata - Huila. El objetivo es determinar los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. Se estudiaron 139 casos de gestantes con inicio tardío de los controles prenatales y 149 controles. Se realizó el análisis univariado y bivariado mediante el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows.

El análisis de los factores sociodemográficos reportó que las edades del total de gestantes que acudieron a control prenatal oscilaron entre los 14 y 45 años con una mediana de 23. En lo referente al régimen de afiliación al sistema de salud, se estableció que la mayoría de las gestantes (77,1%) pertenecían al Régimen Subsidiado, en tanto que las restantes (22,9%) eran vinculadas.

No se encontraron gestantes del régimen contributivo. En cuanto al nivel educativo de las gestantes, un 57,6% tiene como máximo la primaria completa, un 35,5% han ingresado a nivel de secundaria, y solo el 1,7% ha ingresado a la universidad. Se encontró que el estado civil es en su mayoría era casadas (43,7%). La distribución por área de residencia determinó que las tres cuartas partes de la población eran procedentes del área rural. Al analizar los factores ginecoobstétricos, la distribución por trimestre de inicio de control prenatal de las gestantes evidenció un mayor porcentaje (51,7%) en las que ingresaron durante el primer trimestre de gestación, constituyendo el grupo de controles; mientras que el 48,3% lo hicieron después del primer trimestre constituyendo el grupo de casos. Los antecedentes de embarazos previos oscilaron entre 0 y 1 con un promedio de 1,82 gestaciones  $\pm$  2,21 y una mediana de 1. Se observó un porcentaje importante de gestantes (35,8%) que no tenían historia concepcional El análisis bivariado permitió determinar diferencias en cuanto al factor edad entre los casos y controles. Se observó que 45% de los casos eran mujeres en los extremos de vida fértil vs 29% en los controles. Sin embargo al medir el OR esta diferencia

fue estadísticamente significativa, solamente para el grupo menor de 20 años (OR 1,94, IC 1.09-3.26). Las gestantes que lograron tener estudios superiores a primaria tuvieron un aparente factor protector, el cual sólo fue estadísticamente significativo para quienes terminaron la secundaria (OR=0,39 I.C 95%= 0,19-0,79).

El estado civil de las gestantes tuvo una distribución muy similar entre las que iniciaron tardíamente el control prenatal frente a las que lo hicieron en forma temprana. No obstante, aunque en las solteras y en las de unión libre se observaron riesgos mayores para el inicio tardío de los controles prenatales, estos no fueron estadísticamente significativos (solteras: OR=1,39; I.C:95%: 0,77-2,51), (unión libre: OR=1,09; I.C:95%:0,59-2,01). El riesgo de iniciar control prenatal en forma tardía fue 1,56 veces mayor en las mujeres del área rural frente a las del área urbana (OR=1,56; I.C:95%: 0,87-2,7).

Al analizar los riesgos relativos de los antecedentes ginecoobstétricos se observó que en la medida en que la historia de embarazos aumentaba, tomando como grupo de referencia la ausencia de estos, también lo hacía el OR, aunque solamente fue estadísticamente significativo en el intervalo de 4 a 6 gestaciones en quienes el riesgo de asistir tardíamente a los controles prenatales fue 2,5 veces mayor frente a las que lo hicieron en forma temprana (I.C 95%: 1,15-5,52). Similar situación ocurrió en las gestantes que han tenido hijos previos, entre mayor era el número de hijos, el riesgo de asistir tardíamente al control prenatal aumentaba; aunque solamente fue estadísticamente significativo en los que tuvieron de 4 a 6 hijos, con un riesgo aumentado en 2,73 veces más (I.C 95%: 1,10-6,5). El número de abortos y mortinatos previos incrementaron el riesgo 1,43 y 1,3 veces más en ese orden, pero no fue estadísticamente significativo. Los abortos y los mortinatos previos se presentaron hasta en tres oportunidades en los casos, en tanto que en los controles hubo una leve variación observándose antecedentes de hasta 4 abortos y 2 mortinatos como

máximo. La comparación de las medias no arrojó significancia estadística para ninguno de los dos eventos (abortos: p-valor: 0,526; mortinatos: p-valor: 0,476).

## **Marco Jurídico**

### *Leyes*

#### **Ley 23 De 1981**

Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.

ARTICULO 1o. La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica:

1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes.

#### **CAPITULO I. DE LAS RELACIONES DEL MEDICO CON EL PACIENTE**

ARTICULO 3o. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley.

ARTICULO 4o. La asistencia médica se fundamentará en la libre elección del médico, por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará en lo posible este derecho.

ARTICULO 11. La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

ARTICULO 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTICULO 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

#### **Ley 911 De 2004**

Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

DE LAS RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
CON  
LOS SUJETOS DE CUIDADO.

ARTÍCULO 9o. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica.

La violación de este artículo constituye falta grave.

ARTÍCULO 10. El profesional de enfermería, dentro de las prácticas de cuidado, debe abogar por que se respeten los derechos de los seres humanos, especialmente de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía.

ARTÍCULO 11. El profesional de enfermería deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio de la enfermería implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética del cuidado de enfermería deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de enfermería prudente y diligente.

ARTÍCULO 12. En concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorios. La violación de este artículo constituye falta grave

### ***Resoluciones***

#### **Resolución N°1446 De 2006**

Por la cual se define el Sistema de información para la Calidad y se adoptan los indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud.

#### **Resolución Número 412 De 2000**

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan 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.

ARTICULO 9. DETECCION TEMPRANA. Adóptanse las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

PARAGRAFO. PARAGRAFO. Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

**La Resolución 1531 de 1992 del Ministerio de Salud,**

sobre derechos de salud de las mujeres, contiene los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tales como el derecho a decidir sobre aspectos que afectan su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad, a nivel individual, comunitario e institucional; el derecho a una maternidad feliz, es decir, una maternidad acompañada, deseada, libre, decidida, sin riesgos; el derecho a una atención médica humanizada, a un trato digno y

respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad; el derecho a ser tratada y atendida por los servicios de salud como ser integral y no exclusivamente como reproductora biológica.

#### **El Decreto Reglamentario 3380 de 1981**

Establece que el médico tiene el deber de poner sus conocimientos y habilidades en procura del bienestar del paciente, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad, así como el deber de informar al paciente su diagnóstico y los tratamientos disponibles para que le sean aplicados con su previo consentimiento.

#### **El Acuerdo 77 de 1997,**

Define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del SGSSS, para la selección de nuevos afiliados determina los grupos de población prioritaria, dentro de los cuales figuran las mujeres en estado de embarazo y niños menores de 5 años.

## **10. DISEÑO METODOLOGICO**

### **Diseño de la Investigación**

#### **Tipo de estudio**

El presente estudio es de **tipo cuantitativo descriptivo de cohorte transversal** debido a que se requiere identificar las variables del grupo de las gestantes que ingresaron tardíamente a su control prenatal durante el Primer periodo semestral año 2014; del Hospital Regional Noroccidental de la Ips Abrego.

Permitiendo describir las características generales de distribución de las posibles causas de su captación tardía, permitiendo asignar eficientemente los recursos, planificar en base a sus resultados.

#### **Población**

La población correspondiente a este estudio son todas aquellas mujeres en gestación inscritas al programa de control prenatal de la Ips Abrego en el corte de Enero- Junio del año 2014; por consiguiente se observa un total de 285 maternas; sin embargo, el total de la población que ingresaron tardíamente después de las 12 semanas de su embarazo son 89 pacientes, correspondientes a la misma cohorte.

#### **Tamaño de la muestra**

La muestra para esta investigación resulta ser la población total de 89 gestantes; debido a que su población es de un tamaño pequeño, se requiere pertinente la participación del total, permitiendo así la validación y veracidad de la investigación, es por ello que no se realiza ningún tipo de muestreo cuantitativo.

#### **Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

El presente proyecto se enfoca en la aplicación de una encuesta semi-estructurada a las mujeres gestantes las cuales ingresaron tardíamente a los controles prenatales de la IPS Abrego en la cohorte de Enero- Junio del presente años, los tipos de preguntas se clasifican según el orden de la búsqueda del conocimiento de nuestros objetivos específicos, dando como opciones de respuesta de tipo escala LIKERT, Abiertas, dicotómicas.

La recolección de la información se basara en dos pasos; los cuales consiste principalmente en la aplicación del instrumento a las gestantes y posteriormente la tabulación del mismo; realizando un análisis comparativo y secuencial con los diferente tipos de estudios de referencia recopilados en el marco teórico de la investigación.

Finalmente de la tabulación y análisis de la información recolectada se efectuara una serie de conclusiones donde observemos la búsqueda del cumplimiento de los objetivos establecidos al comienzo de la investigación.

### **Procesamiento y análisis de la información**

El procesamiento y análisis de la información se efectuó de la siguiente manera; mediante la aplicación de la encuesta a las gestantes inasistentes; se analizó cuantitativamente secuencialmente por las variables planteadas inicialmente dando una respuesta a ellas; haciendo comparación de la información obtenida con los estudios de bases recopilados en el marco referencial.

## 11. ASPECTO ETICO

### PRINCIPIOS BIOETICOS.

El análisis de los principios de la bioética nos conduce a reconocer que el paciente es una persona y por ende un fin en sí mismo y no un instrumento para conseguir otras cosas y que el sentido último de las cosas para los humanos está en los otros humanos.

**Beneficencia:** Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio

**Principio de Autonomía:** Consiste en que cada persona es autodeterminante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencia.

En este principio es importante resaltar e incorporar la aplicabilidad del consentimiento informado realizado con anterioridad a la gestantes en la aplicabilidad del instrumento y participación de ellas a este proyecto investigativo.

**Principio de Justicia:** Para analizar este principio comenzaremos definiendo la justicia que para muchos griegos y filósofos constituye el elemento fundamental de la sociedad, consideran que algo es justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar. Cuando no sucede así, y una cosa usurpa el lugar de otra, o cuando existe alguna demasía, se origina una injusticia y se cumple con la Justicia al restaurar el orden de origen, cuando se corrige y sanciona la desmesura. En los aspectos sociales de la justicia se destaca el equilibrio en el intercambio entre dos o más miembros de la sociedad.

Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud

## 12. VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
Edad de las Gestantes	Con origen en el latín <i>aetas</i> , es un vocablo que permite hacer mención al <b>tiempo</b> que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	La edad de la madre gestante la proporciona ella misma al contestar el instrumento. Se clasificara en tres categorías:  Menores de 18 años, 19-24; 25-30, 31-35: 36- 40 y mayores de 41 años	CUANTITATIVA	NOMINAL	La edad materna será presentada como porcentaje promedio de cada una de las categorías en que se dividen las edades indicadas.
Estado Civil	Es la situación de las personas en relación a derechos y deberes civiles...	Condición civil de las madres adolescentes que va a ser valorada en la historia clínica a través de una pregunta.  CASADO SOLTERO UNION LIBRE	CUALITATIVO	NOMINAL	El estado civil presenta como porcentajes de acuerdo a las respuestas dadas: soltero, casado, o, Unión libre

Ocupación	La ocupación se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.	Condición actual de acciones realizadas constantemente en sus hábitos diarios. Se clasifica en: Estudia, Trabaja, Se dedica al hogar	CUALITATIVO	NOMINAL	La ocupación se las gestantes se presenta en porcentaje dadas las respuestas: Estudia, Trabaja, Se dedica al hogar
Ingreso Mensual	Cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos.	Cantidad de dinero en la cual la familia gasta durante el mes, independientemente sea mayor o menor a sus ingresos. Se realizaron rango de:	CUANTITATIVO	NOMINAL	Los ingresos mensuales son el total aproximado de los gastos generados en el núcleo familiar de la gestante.

		<p>0 a \$100.000</p> <p>\$ 100.001 a \$ 200.000</p> <p>\$ 200.001 a \$ 400.000</p> <p>\$ 400.001 a \$ 620.000</p> <p>\$ 620.001 a \$ 800.000</p> <p>\$800.001 a \$1'200.000</p> <p>Más de \$1'200.000</p>			<p>Entre las opciones de respuesta se observan:</p> <p>0 a \$100.000</p> <p>\$ 100.001 a \$ 200.000</p> <p>\$ 200.001 a \$ 400.000</p> <p>\$ 400.001 a \$ 620.000</p> <p>\$ 620.001 a \$ 800.000</p> <p>\$800.001 a \$1'200.000</p> <p>Más de \$1'200.000</p>
Apoyo familiar	Es el contacto con las emociones básicas que nos definen como individuos y como miembros de la	Está claramente relacionado con los resultados de bienestar de las gestantes tanto emocional y físicamente	CUANTITATIVO	NOMINAL	Conjunto de acciones relacionadas con el bienestar de las gestantes, a través de las emociones

	especie humana, es decir, a aquel tipo de relaciones más simples que se originan en el interior de las familias	por parte de la familia hacia ellas.			brindadas en el interior de su familia.  Se estandariza en un nivel de respuesta de: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre.
Barreras de Acceso al servicio	Dificultad, donde la persona no logra obtener algún tipo de atención según sea por responsabilidad propia o de la institución.	Acciones negativas en el cual la persona no logra algún tipo de servicio a consecuencia de diferentes complicaciones: Geográficas, Económicas, socioculturales, disponibilidad a los servicios de salud, afiliación a los servicios	CUANTITATIVO	NOMINAL	En las barreras de acceso a los servicios se asignan a consecuencia del No cumplimiento de sus controles.
Sensibilización de las maternas	Es un constructo que describe las respuestas de los individuos que se encuentran involucrados en	Conjunto de acciones, sentimientos en el cual la gestantes interacciona social, además de realizar acciones y	CUALITATIVO	NOMINAL	La sensibilización de las maternas se fundamenta en el conjunto de acciones relacionadas con el

	<p>interacciones sociales diádicas. Cuando se aplica al dominio maternal, se traduce en interacciones sincrónicas, reguladas y oportunas, propias de un cuidador hábil en adaptarse al estado, necesidades y señales de su hijo</p>	<p>búsqueda de conocimientos de cuidado hacia su bebé.</p> <p>Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre.</p>			<p>interés, cuidado y manejo responsable de su gestación, ya sea en la búsqueda de conocimientos para el descarte de mitos y miedos, fomentando un embarazo sin complicaciones. Con respecto a la importancia de asistir a sus controles e indagar sobre los respectivos cuidados. Se estandariza en un nivel de respuesta de:</p> <p>Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre.</p>
--	---	--	--	--	--

Reconocimiento del cuidado del embarazo	Distinguir o identificar a una persona o cosa entre varias por una serie de características sobre el cuidado y manejo que se deben emplear durante el embarazo.	Conjunto de acciones o/y preguntas sobre el cuidado y manejo que se deben ejecutar durante el estado de embarazo, brindando y mejoramiento en la gestación.	CUANTITATIVO	NOMINAL	Conjunto de acciones implementadas por la gestantes en busca de la importancia del cuidado de su embarazo.  Se estandariza en un nivel de respuesta de: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre
Indagar sobre el cuidado del embarazo	Tratar de llegar al conocimiento de una cosa mediante la reflexión o por conjeturas sobre el cuidado del embarazo	Preguntar e investigar para procurar enterarse del cuidado del embarazo, especialmente si Son los cuidados con bases teóricas obtenidas por parte del personal que le brinda la atención.	CUALITATIVO	NOMINAL	Investigar mediante la realización de diversas preguntas sobre el cuidado del embarazo, en el momento de la consulta  Se estandariza en un nivel de respuesta de:

					Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre
Percepción de la atención	Acción como a la consecuencia de percibir la atención por parte de los funcionarios de la institución	Es la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer, por parte de los funcionarios de la institución hacia las maternas.	CUALITATIVO	NOMINAL	Acciones recibidas por parte de los funcionarios de la institución hacia las maternas durante su consulta. Se estandariza en un nivel de respuesta de: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre

<p>Trato humanizado</p>	<p>Es la comunicación fluida, efectiva y cálida quien debe sentir un trato personalizado y cariñoso, cuidando el lenguaje verbal y el lenguaje gestual, que transmite igualmente mensajes positivos y negativos.</p>	<p>Es el conjunto de acciones de Acompañamiento permanente al paciente. Relación persona a persona paciente, de un grupo interdisciplinario que le brinda atención emocional y física desde que ingresa a la institución; además de la posibilidad de expresión emocional, con palabras, gestos o silencios que demuestran interés, preocupación y atención por el otro; así mismo el derecho del paciente a ser escuchado.</p>	<p>CUALITATIVO</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>Conjunto de acciones donde se le brinde a la gestante un acompañamiento permanente donde sea escuchada haciéndola sentir con un trato personalizado cariñoso. Se estandariza en un nivel de respuesta de: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre</p>
<p>Adherencia Al protocolo de atención</p>	<p>Hace referencia a una gran diversidad de conductas. Entre ellas se incluyen desde tomar parte en el programa y continuar con el mismo, hasta desarrollar</p>	<p>Conjunto de acciones donde el personal le brinda al usuario un atención en base al desarrollo de la promoción y prevención de la enfermedad.</p>	<p>CUALITATIVO</p>	<p>NOMINAL</p>	<p>La adherencia al protocolo de atención se basa en todas aquellas acciones de capacitación, atención y fomento de cuidados al paciente.</p>

	conductas de salud, evitar conductas de riesgo, realizan e incentivar las conductas de y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.	Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre.			Se categoriza sus respuestas a las preguntas en: Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Casi Siempre, Siempre.
Mejoramiento de la atención en salud	Conocer los elementos que determinan las etapas crecientemente evolutivas para el desarrollo de la atención en salud.	Aplicación de metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas las condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.	CUALITATIVO	NOMINAL	Conjunto de comentarios obtenidos por parte de las gestantes de ciertas situaciones desagradables, permitiendo ejecutar una atención con calidez y eficacia. Se categoriza como una pregunta abierta, permitiendo así agrupar los diversos

					conceptos dados por las gestantes.
--	--	--	--	--	------------------------------------

## 12.1 Análisis de las Variables

### CAPITULO 1

En el análisis de las variables podemos encontrar en que el mayor rango de edad 19- 24 años con un 35%, resaltando como alarmante el porcentaje de 18% a las mujeres menores de 18 años; así mismo el de las mujeres añosas entre los 36-40 años con 3%, además un 6% en la población de mayores de 41 años. Es importante resaltar que el 81% a las gestantes en un nivel de escolaridad en primaria, seguidamente con ningún tipo de preparación educativas con un 13%, resaltando que el 0% de la población no tiene alguna preparación educativa superior.

Así mismo el estado civil más representativo entre las gestantes es la Unión Libre con el 56,1%, seguidamente en matrimonio o casadas con el 43,8%; se puede concluir que esta población no hay madres solteras ni viudas. Sin embargo, el 96% de las gestantes conviven con su pareja, sin embargo el 4% de la población no conviven con su pareja, debido a que sus esposos se encuentran laborando en otro municipio.

Se puede concluir en el análisis de los datos que la edad promedio de la edad se encuentra en la edad fértil, aunque su nivel de escolaridad no sobrepasa de la educación de la secundaria. A pesar de que las edad de las gestantes es de gran diversidad se observa que el estado civil de preferencia por ellas es la Unión Libre, aunque se muestra el estado tradicional del matrimonio, aunque un pequeño porcentaje de las gestantes no conviven con su pareja debido a situaciones laborales de este.

### CAPITULO 2

En el promedio de actividad habitual de las gestantes estas se encuentran actualmente realizando actividades en el hogar con un 97,7%, sin embargo el 2,2% están realizando sus estudios

correspondientes; pero es importante resaltar que ninguna de ellas está laborando actualmente, lo cual se puede concluir que es posible que la actividad de trabajo y/o empleo lo realiza su pareja; debido a que las gestantes se encuentran realizando otras actividades. Sin embargo el apoyo recibido por la familia en las gestantes es de 42% en cada momento, seguidamente en algunas veces 29% y casi siempre 21%; resaltando en que no reciben ningún tipo de apoyo con un 1%. Sabiendo que el principal apoyo que deben recibir estas mujeres en estado de gestación es de sus familiares.

Con respecto al promedio de los ingresos mensuales de estas gestantes se observa que el 48,3% presentan unos ingresos entre \$620.001 a \$800.000, seguidamente con un 19,1% en el rango de \$200.001 a \$400.000; sin embargo encontramos que existe un porcentaje del 5,6% con un rango de ingresos de más de 1'200.000. Generando un análisis de que siendo personas de niveles bajos por ser la mayoría de las zona rural presentan gastos de igual forma que una ciudad.

Al agrupar estas variables de la ocupacion de la gestante, el apoyo familiar con los ingresos mensuales; se observa que el mayor porcentaje de estas se dedican a cuidado de su hogar recibiendo un el apoyo de su familia en cada momento de la vida cotidiana; recordando la responsabilidad de los gasto sobre su pareja lo cual mensualmente generan unos ingresos de \$620.001 a \$800.000; sin embargo, existen familiar con ingresos mayores de 1'200.000. siendo una población de zona rural y urbana.

### **CAPITULO 3**

El tipo de transporte utilizado en el traslado a la IPS a sus controles en promedio es el Transporte Urbano con el 51,6%, además el 26,9% en Transporte Intermunicipal; resaltado con un promedio del 11,2% caminan directamente de su residencia hacia la IPS.

Además de esto Porcentaje del tiempo de distancia a centro de salud más cercano es del 39% de la población se demora 6hrs en llegar al centro de salud más cercano a sus controles, posteriormente el 18% solo 15 minutos; sin embargo el 8% 4 horas y el 7% 2 horas. Se puede concluir que el centro de salud en ciertas ocasiones es lejano para las gestantes del estudio. Debido a las situaciones de transporte y tiempo suele suceder el incumplimiento de los controles; lo cual genera una serie de causas de no cumplir la fecha a sus controles programados en donde se logran agrupar en las barreras de acceso al control como son las Barreras demográficas con un 49%; barreras socioculturales: 7%; barreras económicas: 35%; disponibilidad de los servicios de salud: 5%; barreras en la afiliación a los servicios: 4%

#### **CAPITULO 4**

En relación a la importancia dada por las gestantes al inicio temprano al control prenatal se encuentra en el 52,8% solo algunas veces consideran importante, el 16,8% de estas gestantes consideran que es casi siempre importante el inicio temprano de los controles; además de ello un 6,7% No lo consideran importante su inicio temprano. Este mínimo porcentaje el cual considera sin importancia el inicio de los controles es la población de mayor riesgo en el desencadenamiento de los problemas en salud pública como es la Mortalidad Materna- Mortalidad perinatal, entre otros problemas de una captación tardía.

Sin embargo las gestantes reconocen la importancia del cuidado de su embarazo en que el 47,1% solo algunas veces lo realizan, seguidamente por un 19,1% casi Nunca lo efectúan, mientras tanto el 16,8% casi Siempre y siempre; posteriormente la indagación al personal sobre el conocimiento de los cuidados de su embarazos de un 50,5% lo realiza Siempre, el 33,7% lo realiza casi siempre en sus controles; seguidamente con un 15,7% solo algunas veces.

Las opciones de mayor porcentaje se ubican en Siempre y casi Siempre; debido a lo manifestado por estas mismas gestantes con respecto al conocimiento con relación a su embarazo; esto indica que una gran parte de las gestantes sienten curiosidad en el cuidado de su embarazo.

## **CAPITULO 5**

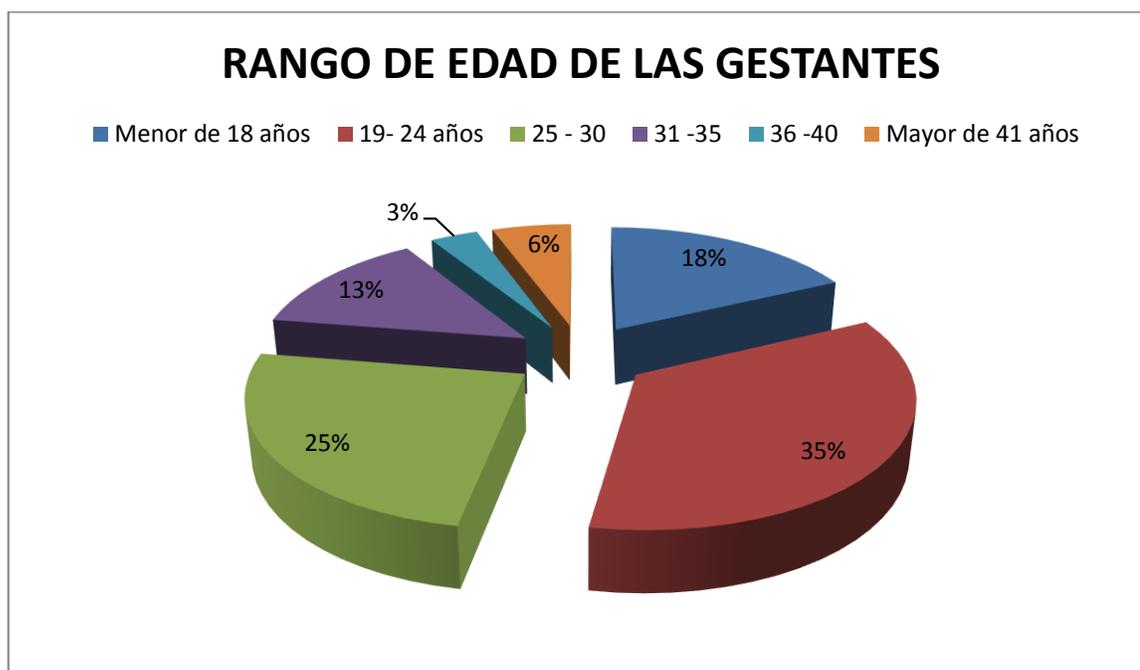
En la percepción de las gestantes en la calidad de la atención del personal de salud se muestra un 56,1% un adecuada atención siempre en sus controles por el personal de salud, seguida con un porcentaje muy relevante e importante del 26,9% manifestando recibir una atención con calidad por parte de estos funcionarios. Así mismo del trato humanización del servicio recibido por el personal que labora en la institución de salud es de casi siempre del 61%, además de un 13% Algunas Veces y Casi Nunca con un 7%; mostrándose este ultimo de gran alarma pues la política actual del programa se basa en un trato humanizado al usuario o paciente.

A pesar de esto el promedio de capacitaciones con relación al cuidado y riesgo del embarazo por parte de la IPS, es de Casi Siempre con un 73%, seguidamente con un 17,9% Solo Algunas Veces; Siendo las capacitaciones de vital importancia para las gestantes donde ellas aprenderán nuevos conocimientos sobre el manejo, cuidado de su embarazo; y posterior a él.

Con respecto a las sugerencias dadas por las gestantes para el mejoramiento del control prenatal, se lograron agrupar en la información publicitaria por los medios radiales con un 41%, además de su accesibilidad con los especialistas (ginecología) con un 32%; resaltando además lo del trato humanizado por parte del personal con un 12%. Esto nos permite en mejoramiento y cumplimiento de las políticas de un programa con calidez y eficacia.

### 13. RESULTADOS

Según los resultados obtenidos de la aplicación de las 89 encuestas a las gestantes que ingresaron tardíamente al programa de control prenatal pertenecientes a la IPS Abrego, se logró observar y realizar los siguientes datos con respecto a las distintas variables evaluadas en el presente estudio.



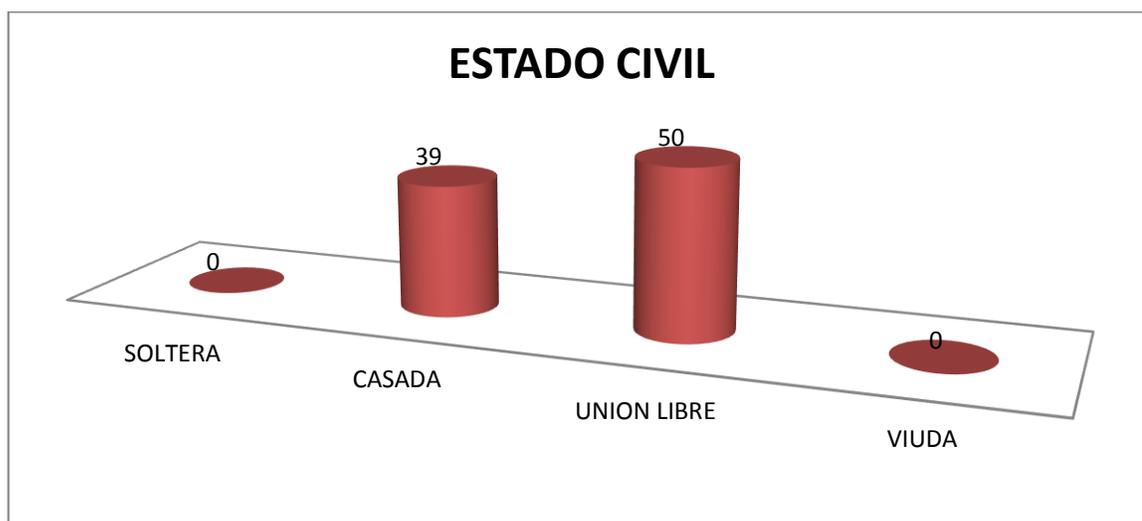
**Grafica N°1. Rango de edad de las gestantes.**

En la gráfica se observa mayor porcentaje en el rango de edad 19- 24 años con un 35%, resaltando como alarmante el porcentaje de 18% a las mujeres menores de 18 años; así mismo el de las mujeres añosas entre los 36-40 años con 3%, además un 6% en la población de mayores de 41 años.

Podemos relacionar con el estudio de (Oscar Munares-GarcíaA, 2013). En donde el 89,6% de los casos presentó un rango de edad entre 19 a 35 años, y de 88,1% en los controles.

Así mismo en el estudio de (Alicia Pécora, 2008). El 16% eran adolescentes (hasta 17 años) y 84% adultas (18 años o más).

Además en la investigación realizada por (Córdoba, Escobar, & Guzmán, 2009) Los factores sociodemográficos reportó que las edades del total de gestantes que acudieron a control prenatal oscilaron entre los 14 y 45 años con una mediana de 23.

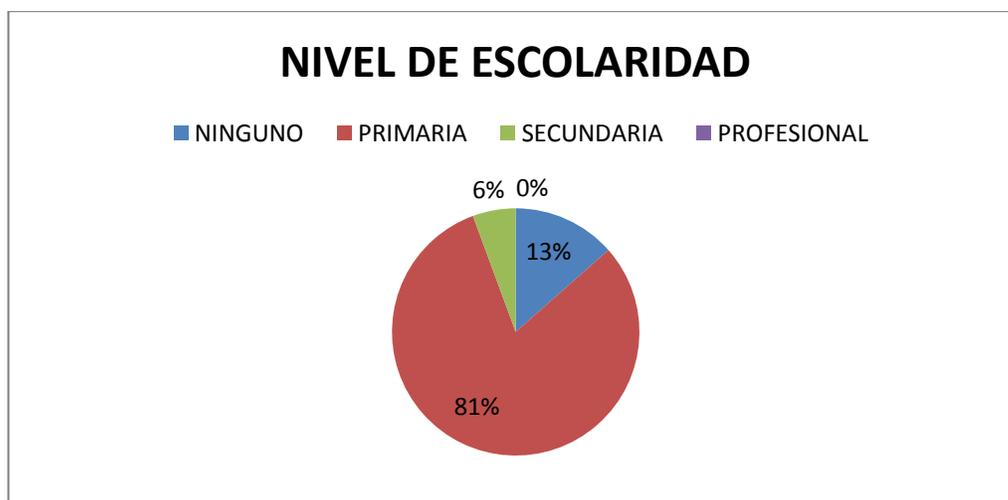


**Gráfica N° 2. Porcentaje del respectivo estado civil de las gestantes.**

Según la gráfica se muestra en mayor porcentaje el estado civil de Unión Libre con el 56,1%, seguidamente en matrimonio o casadas con el 43,8%; se puede concluir que esta población no hay madres solteras ni viudas.

Se encuentra relación con el estudio de (Alicia Pécora, 2008). El *estado civil* demostró mayoritariamente unión estable (68%), el 17% casadas y el 15% solteras. Más de la mitad (61%) de las mujeres que concurrieron por primera vez al control prenatal provenían de la Provincia de Buenos Aires y el resto de Capital Federal.

Posteriormente en la investigación por (Córdoba, Escobar, & Guzmán, 2009). Se encontró que el estado civil es en su mayoría era casadas (43,7%).

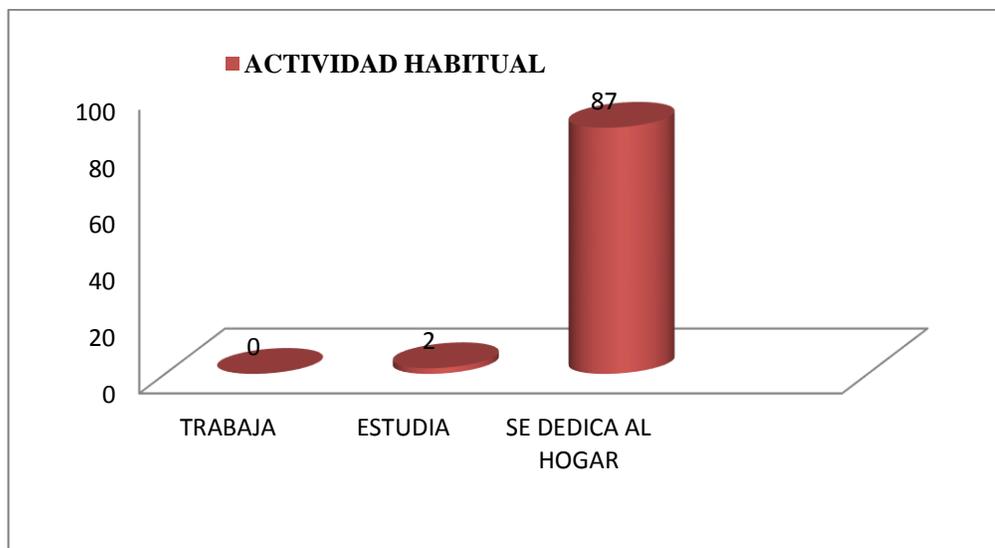


**Grafica N°3. Porcentaje del nivel de escolaridad de las gestantes.**

En el análisis de los datos observamos un 81% a las gestantes en un nivel de escolaridad en primaria, seguidamente con ningún tipo de preparación educativas con un 13%, resaltando que el 0% de la población no tiene alguna preparación educativa superior.

Podemos realizar la comparación con el estudio de (Alicia Pécora, 2008). Donde el análisis de la *escolaridad* mostró que el 18% tenían primaria incompleta y que el 33% lo completó, el 29% secundaria incompleta y el 13% completó estos estudios y el 7% tenía estudios terciarios.

Así mismo en la investigación por (Córdoba, Escobar, & Guzmán, 2009). En cuanto al nivel educativo de las gestantes, un 57,6% tiene como máximo la primaria completa, un 35,5% han ingresado a nivel de secundaria, y solo el 1,7% ha ingresado a la universidad



**Grafica N°4. Promedio de actividad habitual de las gestantes.**

En la gráfica nos señala que la promedio de las gestantes del estudio se encuentran actualmente realizando actividades en el hogar con un 97,7%, sin embargo el 2,2% están realizando sus estudios correspondientes; pero es importante resaltar que ninguna de ellas está laborando actualmente, lo cual se puede concluir que es posible que la actividad de trabajo y/o empleo lo realiza su pareja; debido a que las gestantes se encuentran realizando otras actividades.

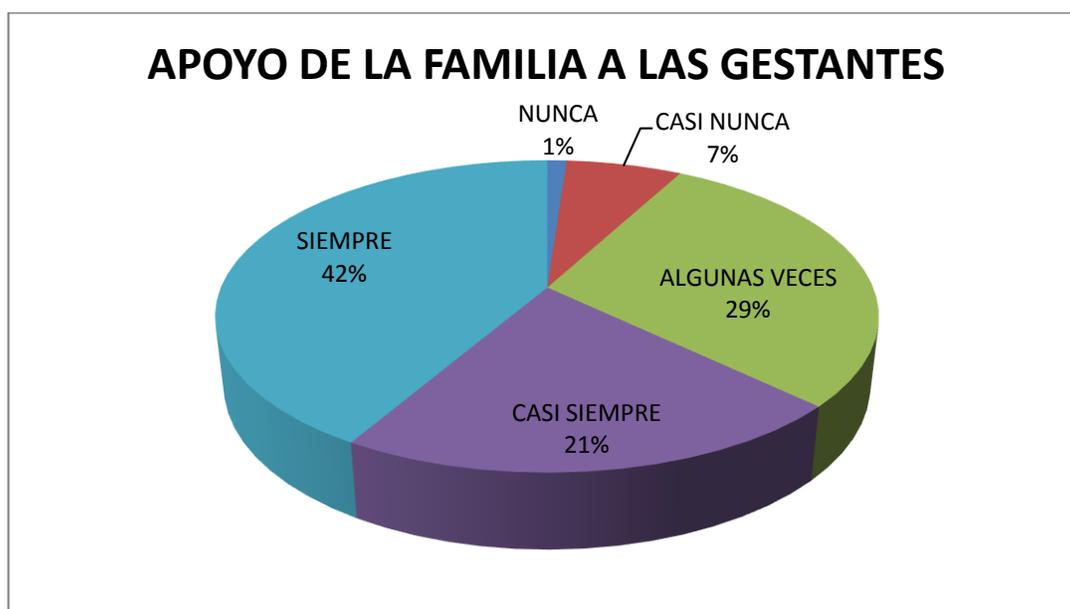


### Grafica N°5. Porcentaje de Convivencia con su pareja.

En la gráfica se observa que el 96% de las gestantes conviven con su pareja, sin embargo el 4% de la población no conviven con su pareja, debido a que sus esposos se encuentran laborando en otro municipio.

Realmente no se observan estudios relacionados con respecto a la convivencia con la pareja por lo cual tomamos la comparación de la variable del estado civil en donde el estudio de (Alicia Pécora, 2008). El *estado civil* demostró mayoritariamente unión estable (68%), el 17% casadas.

Posteriormente en la investigación por (Córdoba, Escobar, & Guzmán, 2009). Se encontró que el estado civil es en su mayoría era casadas (43,7%).



### Grafica N°6. Porcentaje de apoyo de la familia a las gestantes.

Se puede observar en el apoyo recibido por la familia en las gestantes es de 42% en cada momento, seguidamente en algunas veces 29% y casi siempre 21%; resaltando en que no reciben

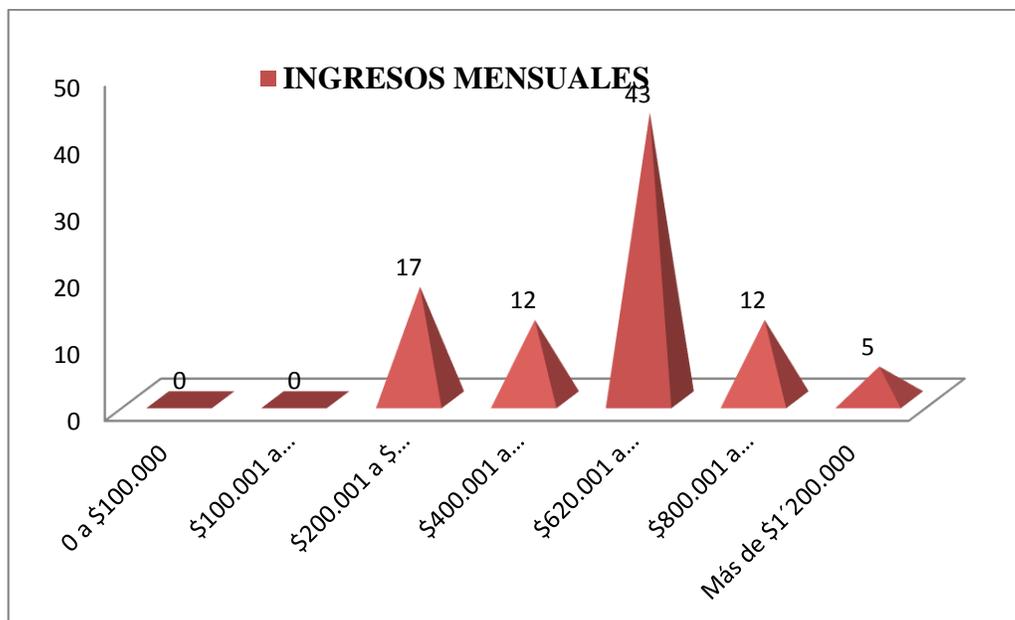
ningún tipo de apoyo con un 1%. Sabiendo que el principal apoyo que deben recibir estas mujeres en estado de gestación es de sus familiares.

Realizando la comparación con el estudio de (Lucy, Macarena, Ximena, & Jeanette, 2013). En el proceso de acceso, el primer elemento que emerge es que el embarazo es un evento no planificado con alta carga negativa y fuerte reproche cultural de las familias, sistema de salud y contexto social.

*...me daba miedo que la matrona me dijera “¿por qué andabas haciendo eso?” si igual yo quedé embarazada a los 17 y entonces me dijo “¿Y tan chica?” (grupo AO)*

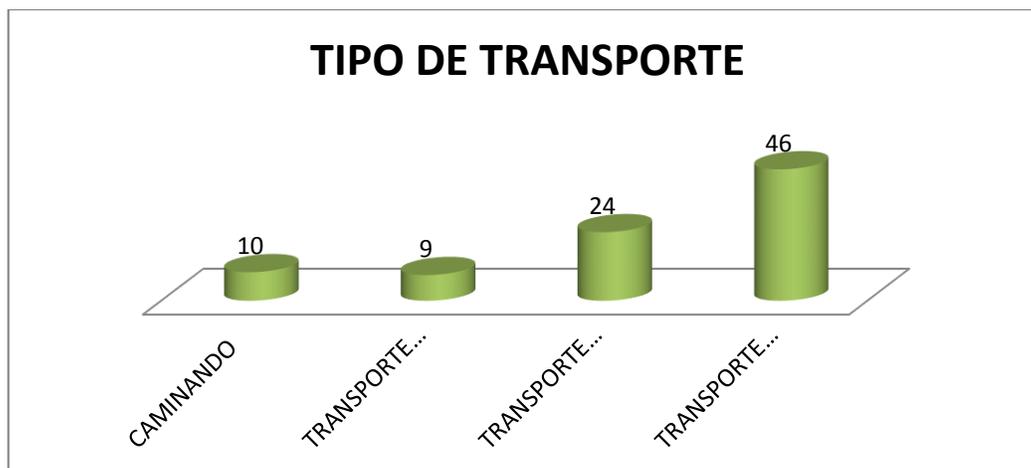
La vivencia después de sospechar el embarazo es decepcionar a sus familias y frustrar sus planes de vida, predomina el temor a contar a los padres. Las familias reaccionan negativamente ante el embarazo con descalificación, enojo, expulsión del hogar, tristeza e incertidumbre frente al futuro.

*... mi mamá se enojó, mi papá no hablaba, no decía nada... mi mamá lo único que me dijo “te tienes que ir” y yo le digo “me voy, poh”. (grupo AO)*



**Gráfica N°7. Promedio de ingresos mensuales familiares.**

Con respecto al promedio de los ingresos mensuales de estas gestantes se observa que el 48,3% presentan unos ingresos entre \$620.001 a \$800.000, seguidamente con un 19,1% en el rango de \$200.001 a \$400.000; sin embargo encontramos que existe un porcentaje del 5,6% con un rango de ingresos de más de \$1.200.000. Generando un análisis de que siendo personas de niveles bajos por ser la mayoría de la zona rural presentan gastos de igual forma que una ciudad.



**Grafica N°8. Promedio del tipo de transporte utilizado en el traslado a la IPS a sus controles.**

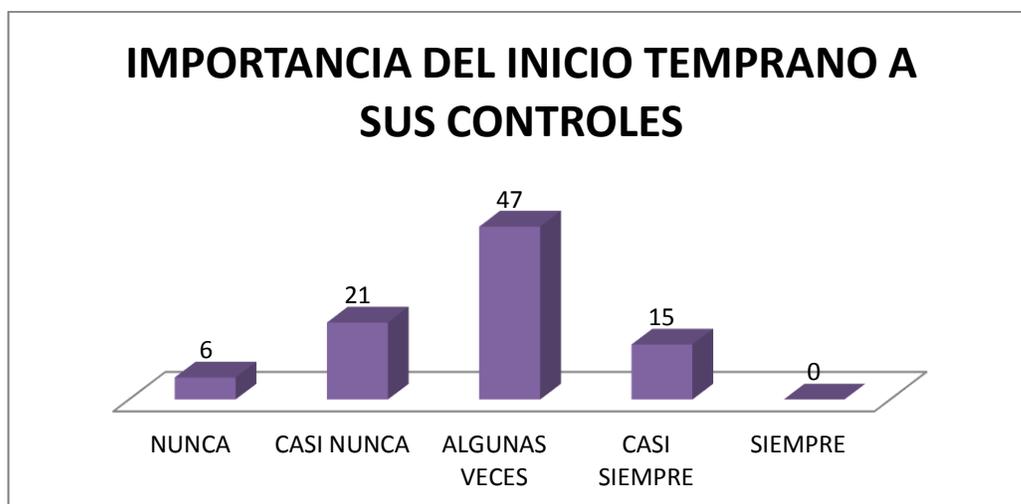
Se analiza en la gráfica que el 51,6% de la población se traslada a la IPS a sus controles en transporte Urbano, además el 26,9% en Transporte Intermunicipal; resaltado con un promedio del 11,2% caminan directamente de su residencia hacia la IPS.



**Grafica N°9. Porcentaje del tiempo de distancia a centro de salud más cercano.**

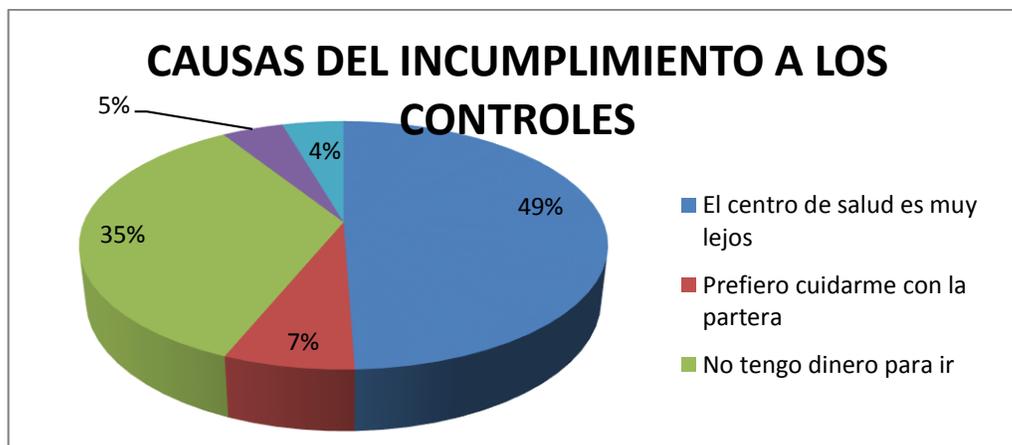
En el análisis estadístico se encuentra que el 39% de la población se demora 6hrs en llegar al centro de salud más cercano a sus controles, posteriormente el 18% solo 15 minutos; sin embargo el 8% 4 horas y el 7% 2 horas. Se puede concluir que el centro de salud en ciertas ocasiones es lejano para las gestantes del estudio.

Según el estudio comparativo realizado por (Alicia Pécora, 2008). La mayoría de las mujeres *tardaron en llegar al hospital* más de dos horas (61%).



**Grafica N°10. Porcentaje de importancia dada por las gestantes al inicio temprano al control prenatal.**

Según la gráfica se puede analizar en que la importancia dada por las gestantes con respecto al inicio temprano al control prenatal se encuentra en el 52,8% solo algunas veces consideran importante, el 16,8% de estas gestantes consideran que es casi siempre importante el inicio temprano de los controles; además de ello un 6,7% No lo consideran importante su inicio temprano. Este mínimo porcentaje el cual considera sin importancia el inicio de los controles es la población de mayor riesgo en el desencadenamiento de los problemas en salud pública como es la Mortalidad Materna- Mortalidad perinatal, entre otros problemas de una captación tardía.

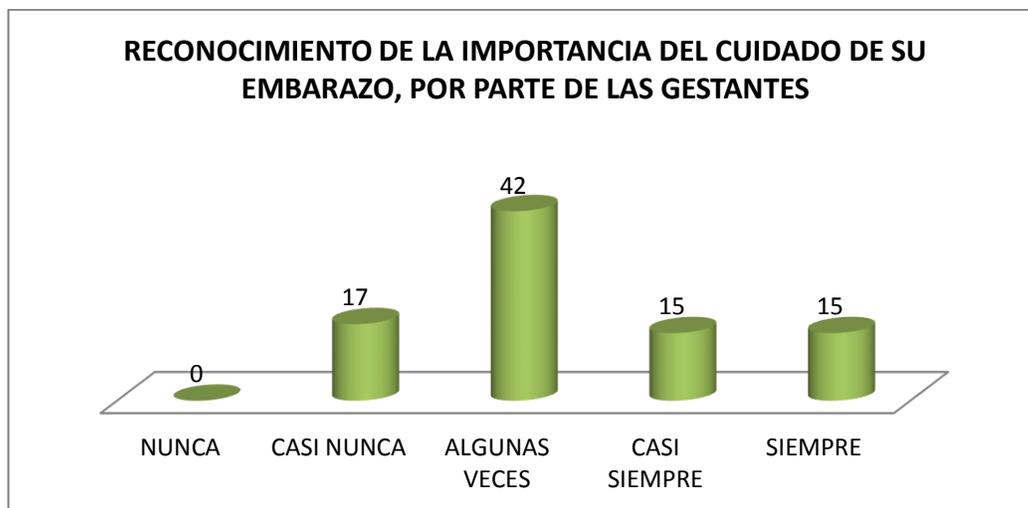


**Grafica N°11. Promedio de las causas de no cumplir la fecha a sus controles programados.**

En el análisis de las causas de no cumplir la fecha de sus controles programados en la IPS, las pudimos agrupar en las barreras de acceso al control como son las Barreras demográficas con un 49%; barreras socioculturales: 7%; barreras económicas: 35%; disponibilidad de los servicios de salud: 5%; barreras en la afiliación a los servicios: 4%

Según en la investigación de (Alicia Pécora, 2008). Los **motivos** que expresaron las mujeres por los cuales no concurren precozmente al control prenatal fueron: 33% no consiguió turno antes para la apertura de la historia clínica de primera vez en este Hospital, 19% había realizado previamente algún control prenatal en algún centro de salud o institución del área sanitaria correspondiente a su domicilio, 13% por razones laborales, el 11% por atención a otros hijos, el 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento de la importancia de un control prenatal precoz y sólo un 6% por razones económicas.

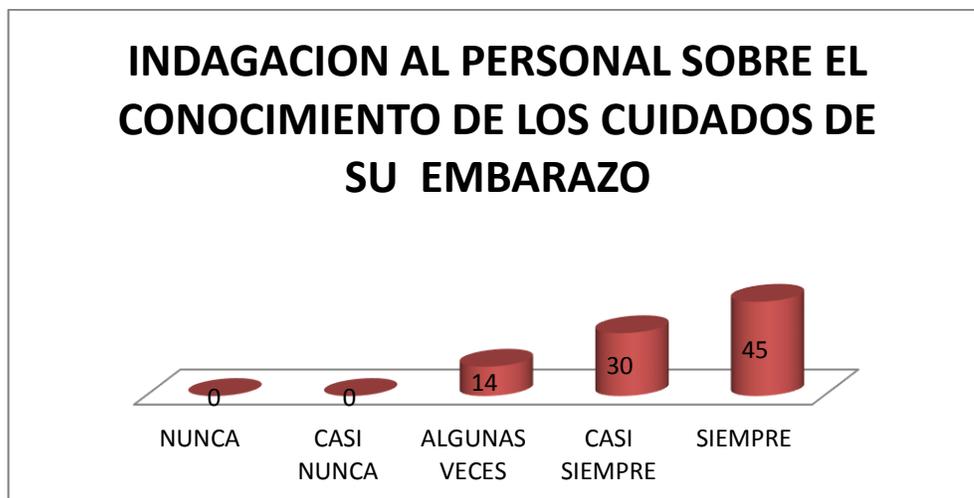
Posteriormente en la estudio referente de (Lucy, Macarena, Ximena, & Jeanette, 2013) Ambos grupos identifican barreras de ingreso. La negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera de ingreso del grupo AT. El grupo AO identifica barreras de tipo administrativo (obtener consulta), socioculturales (crítica negativa) y pudor.



**Grafica N°12. Reconocimiento de la importancia del cuidado de su embarazo, por parte de las gestantes.**

Según la proporción con respecto al conocimiento sobre su embarazo por parte de las gestantes, se observa en que el 47,1% solo algunas veces lo realizan, seguidamente por un 19,1% casi Nunca lo efectúan, mientras tanto el 16,8% casi Siempre y siempre.

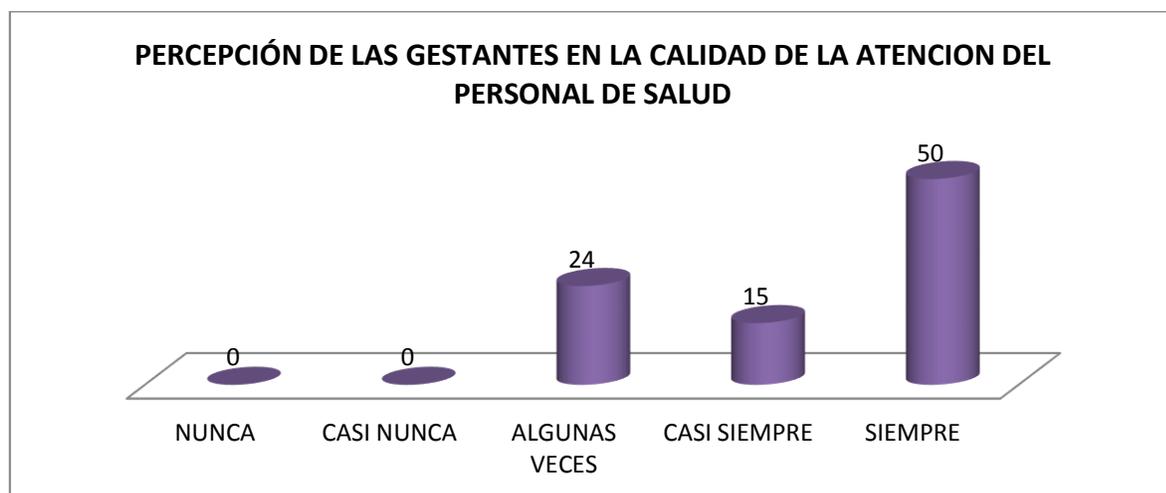
Podemos concluir que las gestantes poseen poco interés en estar informada sobre cualquier conocimiento sobre su embarazo; lo cual puede generar problemas durante su gestación, parto y puerperio debido a su desconocimiento con respecto a este.



**Grafica n°13. Indagación al personal sobre el conocimiento de los cuidados de su embarazo**

Con respecto a la indagación del conocimientos sobre los cuidados de su embarazo al personal que la atiende es de un 50,5% lo realiza Siempre, el 33,7% lo realiza casi siempre en sus controles; seguidamente con un 15,7% solo algunas veces.

Las opciones de mayor porcentaje se ubican en Siempre y casi Siempre; debido a lo manifestado por estas mismas gestantes con respecto al conocimiento con relación a su embarazo; esto indica que una gran parte de las gestantes sienten curiosidad en el cuidado de su embarazo.

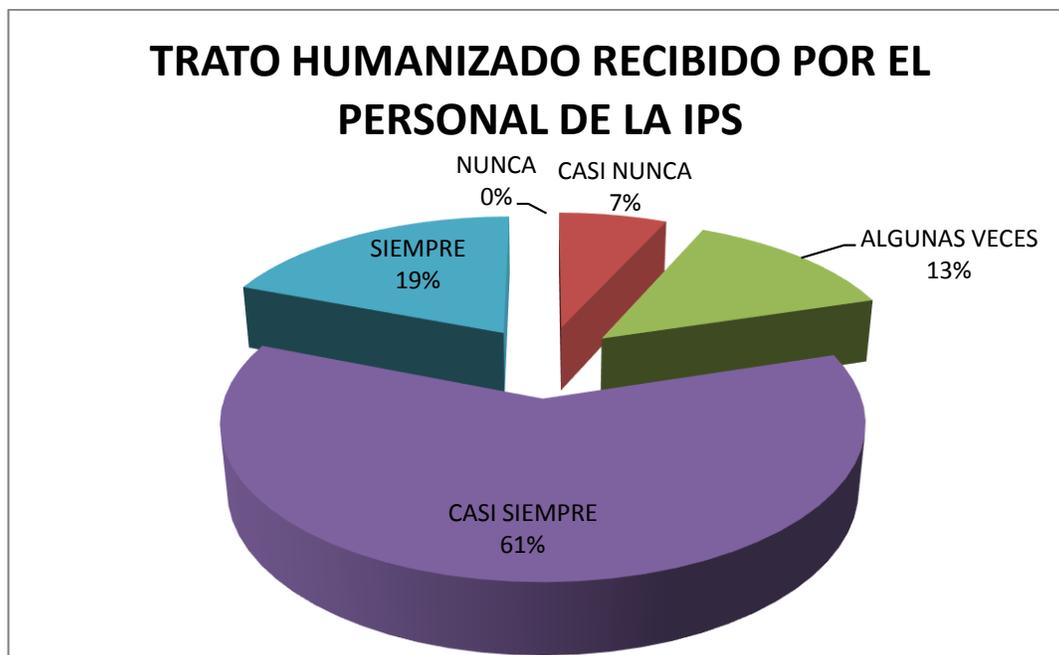


#### **Grafica N°14. Percepción de las gestantes en la calidad de la atención del personal de salud**

En el análisis estadístico se muestra un 56,1% un adecuada atención siempre en sus controles por el personal de salud, seguida con un porcentaje muy relevante e importante del 26,9% manifestando recibir una atención con calidad por parte de estos funcionarios.

Según en el estudio realizado por (Oscar Munares-GarcíaA, 2013) Con respecto a los factores médicos el 11,6% de los que abandonaron indicaron que presentaron relación profesional-paciente insatisfactoria, comparado con el 1,8% de los controles, existiendo 7 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 7,0 IC95% 2,0-24,2).

Del mismo modo sucedió con el 14,6% de las que presentaron trato inadecuado, comparado con el 3% de los controles, existiendo 5,4 veces mayor probabilidad (OR: 5,4 IC95% 2,0-14,6). El 73,2% de las que abandonaron el control prenatal presentaron calidad inadecuada del mismo, es decir, los patrones fueron menores a la media esperada en este grupo, comparado con el 42,7% de los controles, existiendo 3,6 veces mayor probabilidad de abandono cuando se tiene calidad inadecuada (OR: 3,6 IC95% 2,3-5,8). El 17,1% de los que abandonaron presentaron relación profesional-paciente impersonal, comparado con el 6,1% de los controles, existiendo 3,2 veces mayor probabilidad de abandono (OR: 3,2 IC95% 1,5-6,8), finalmente el 11% de los que abandonaron indicaron temor al examen ginecológico, comparado con el 4,9% de los controles (OR: 2,4 IC95% 1,01-5,7) no se encontró asociación con el maltrato por parte del profesional.



**Grafica N°15. Percepción de la humanización del servicio recibido por el personal que labora en la institución de salud.**

En la gráfica se observa un porcentaje del trato humanizado recibido por el personal que labora en la institución de salud, casi siempre del 61%, además de un 13% Algunas Veces y Casi Nunca con un 7%; mostrándose este último de gran alarma pues la política actual del programa se basa en un trato humanizado al usuario o paciente.

Se puede relacionar con el estudio de (Lucy, Macarena, Ximena, & Jeanette, 2013) donde todas las participantes identifican barreras y facilitadores para mantenerse en control hasta el parto y las de ambos grupos son muy similares. A su vez destacan el maltrato por parte del personal administrativo y lo perciben como de a calidad y discriminatorio.



**Grafica N°16. Promedio de capacitaciones con relación al cuidado y riesgo del embarazo por parte de la IPS.**

Según el análisis de la gráfica se observa un promedio de capacitaciones con relación al cuidado y riesgo del embarazo por parte de la IPS., en Casi Siempre con un 73%, seguidamente con un 17,9% Solo Algunas Veces; Siendo las capacitaciones de vital importancia para las gestantes donde ellas aprenderán nuevos conocimientos sobre el manejo, cuidado de su embarazo; y posterior a él.

En el estudio de referencia de (CUELLO SALCEDO & ZABALETA EGEA, 2012). No se realiza curso de Psicoprofilaxis, solo capacitaciones a la gestante y su núcleo familiar a través de las auxiliares de demanda inducida de las diferentes E.P.S, con las cuales existe convenio; ausencia de socialización del manual de referencia y contrarreferencia, lo cual dificulta el procedo de atención a las usuarias susceptibles de derivación por el desconocimiento de los lugares a los cuales deben ser remitidas las gestantes con cuadros de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.



**Grafica N° 17. Promedio de sugerencias dadas por las gestantes para el mejoramiento del control prenatal.**

En el promedio de sugerencias dadas por las gestantes para el mejoramiento del control prenatal, dadas por las gestantes del estudio se lograron agrupar en la información publicitaria por los medios radiales con un 41%, además de su accesibilidad con los especialistas (ginecología) con un 32%; resaltando además lo del trato humanizado por parte del personal con un 12%. Esto nos permite en mejoramiento y cumplimiento de las políticas de un programa con calidez y eficacia.

Según en el estudio realizado por (LUZ AMPARO & BEATRIZ ELENA, 2008) No existe un cronograma de días y horarios de cada uno de los programas de promoción y prevención. No se cuenta con una señalización al ingreso de la institución que oriente a los usuarios acerca de los servicios que ofrece la institución en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y como acceder a ellos.

Se adelanta el proceso de habilitación y la implementación del PAMEC en el cual está incluida la auditoria a los programas de P y P. Se cuenta con una emisora municipal con la que se puede difundir los diferentes programas con los que cuenta el servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la ESE Hospital Tobías Puerta.

## CONCLUSIONES

En la categorización del estudio de la población se observan gestantes de edad 19-24 años con un 35%, resaltando como alarmante el porcentaje de 18% a las mujeres menores de 18 años; así mismo el de las mujeres añosas entre los 36-40 años con 3%, además un 6% en la población de mayores de 41 años; mostrando una cifras alarmantes en relación a que son mujeres en edad fértil que presentan una captación tardía a los controles; produciendo un incremento en el riesgo de presentar el problema de salud pública, como es la muerte materna o perinatal; además de ello estas gestantes en su gran mayoría presentan una cultura de un estado civil de Unión Libre con el 56,1%; dedicadas a las actividades en el hogar con un 97,7%, resaltando que ninguna de ellas está laborando actualmente, lo cual se puede concluir que la actividad de trabajo y/o empleo lo realiza su pareja.

En el estado de gestación de una mujer lo más importante es el apoyo que reciben estas mujeres por su familia, en la población estudiada se observó un comportamiento favorable debido a que el 42% de ellas lo reciben en cada momento, a pesar de ello es alarmante por mínimo que sea que el 1 % no reciben ningún tipo de apoyo.

En el momento de establecer las barreras de acceso de la gestante a los servicios que presta la ESE Hospital Regional Noroccidental, Ips Abrego, según las condiciones geográficas, económicas y culturales; se logró concluir en barreras geográficas con un 49%; son las de mayor obstáculo para las gestantes en para lograr una captación temprana debido a que son mujeres de localidades lejanas de más de 4 horas de trayecto al centro de

salud más cercano; además de ello estas barreras se encuentran asociados con la dificultad económica de estas gestantes en el sostenimiento de sus hogares, lo cual se impide cumplir el objetivo de obtener una captación temprana de las gestantes.

En el nivel de sensibilización de las maternas sobre la importancia del control prenatal, se muestra en sus resultados de esta variable que la importancia dada por las gestantes con respecto al inicio temprano al control prenatal se encuentra en el 52,8% solo algunas veces consideran importante, además de ello un 6,7% No lo consideran importante su inicio temprano. Este mínimo porcentaje el cual considera sin importancia el inicio de los controles es la población de mayor riesgo en el desencadenamiento de los problemas en salud pública como es la Mortalidad Materna-Mortalidad perinatal, entre otros problemas de una captación tardía.

La sensibilización no solo se basa en la importancia que ellas le asignen al cumplimiento de sus controles sino además el interés sobre los conocimientos sobre los cuidados de su embarazo al personal que la atiende el cual es de un 50,5% Siempre, según se observó en el análisis de los resultados de estas variable; esto indica que las gestantes muestran interés en saber y lograr tener un embarazo responsable en relación de sus cuidados.

Cuando se indago a las gestantes sobre la adherencia al protocolo de atención por parte del personal asistencial; estas no respondieron en un 56,1% un adecuada atención siempre en sus controles por el personal de salud, seguida con un porcentaje muy relevante e importante del 26,9% manifestando recibir una atención con calidad por parte de estos funcionarios; esto indica que las gestantes se siente seguras con la atención por parte del personal del cual recibe su control en la IPS Abrego.

Con respecto al supuesto teórico planteado en la captación tardía de las gestantes al primer control prenatal en la ESE Hospital Regional Noroccidental IPS ABREGO, en el primer semestre del año 2014, se debe, a las barreras de acceso al control: las Barreras demográficas con un 49%; barreras socioculturales: 7%; barreras económicas: 35%; disponibilidad de los servicios de salud: 5%; barreras en la afiliación a los servicios: 4%

## RECOMENDACIONES

A pesar de que se debe mantener la estrategia de aseguramiento universal a las gestantes con respecto a garantizar el acceso, se deben implementar acciones correctivas que permitan disminuir las barreras desde la oferta y la demanda, el cual conlleve a garantizar una atención integral, cumpliendo además los estándares de calidad en salud de la IPS Abrego.

Entre los objetivos para el desarrollo del Nuevo Milenio en donde se incluye la reducción de la mortalidad infantil; se requiere fomentar, apoyar y acompañar a las gestantes desde las primeras semanas de su gestación mediante la creación de redes de servicios de salud donde le proporcionen una atención continua y eficiente, logrando una conjunto de acciones de promoción y prevención de su gestación.

Los nuevos modelos en salud se fundamentan en una atención integral, con calidad y eficacia a los pacientes, las mujeres embarazadas son una población vulnerable, en donde la institución de salud debe brindarle una atención humanizada desde el primer contacto en su ingreso hasta su salida; es decir se incentiva a realizar acciones conjuntas con todos los funcionarios de la institución en la promoción de un trato humanizado y respetuoso a todos sus usuarios, especialmente a las mujeres en gestación pues son ellas las que futuramente abarcaran la gran mayoría de los programas de atención en salud en promoción y prevención.

Con respecto a las recomendaciones dadas por las gestantes para el mejoramiento de la atención en el control prenatal se lograron agrupar en la información publicitaria por los medios radiales con un 41%, además de su accesibilidad con los especialistas (ginecología) con un 32%; resaltando además lo del trato humanizado por parte del personal con un 12%. Se sugiere generalmente la implementación de un plan de mejora por parte del personal que coordina el programa de detección temprana de alteraciones en el embarazo, permitiendo ofertar una atención con calidad y eficacia, además de reafirmar la política de atención del ministerio.

## GLOSARIO

**Captación de embarazo.** Es la acción de captar, lo cual quiere decir atraer a sí, cautivar, recoger, percibir, comprender, reconocer o sea la captación de un embarazo no es más que la recogida, reconocimiento, análisis y comprensión de toda la anamnesis de la gestante, la que se debe realizar desde las primeras sospechas o indicios de embarazo; lo

que nos permitirá garantizar un desarrollo normal de este, tomar las medidas oportunas y evitar complicaciones que pudieran poner en riesgo la vida del feto o la madre (Galván S., 2010)

**Control Prenatal.** Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional (secretaría de salud distrital de bogota, d.c., 2010)

**Factores de Riesgos.** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2014)

**Maternidad Responsable.** La maternidad responsable no es la que limita sólo el número de hijos. No es una simple cuestión demográfica ni de medios económicos: la maternidad responsable es un estado de armonía interior. La maternidad es la riqueza de la mujer (Blogger., 2012).

**Mortalidad Materna.** La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2014)

**Mortalidad Perinatal.** La mortalidad perinatal o muerte perinatal se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días-.

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad perinatal como el "número de nacidos muertos y muertes en la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos, el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento" (OMS, 2014)

**Servicio de Salud.** Son los responsables de la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Son organismos descentralizados, que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio. Cada servicio está a cargo de un Director, que es un funcionario de confianza del Presidente de la República.

Entre las funciones de los servicios de salud, están la supervisión, coordinación y control de los establecimientos y servicios del sistema, ubicados en su territorio, para el cumplimiento de las políticas, normas, programas y directivas, en general, emanadas del Ministerio de Salud. La red asistencial de los servicios está constituida por hospitales, consultorios generales, urbanos y rurales; postas rurales de Salud y estaciones médico-rurales (Jiménez & Rojas, 2010).

## BIBLIOGRAFIA

DANE. (2014). *NACIEMIENTOS 2014, Cifras con corte a 31 de julio de 2014*. BOGOTA, D.C.

Galván S., L. (7 de NOVIEMBRE de 2010). *Policlínico Universitario*. Recuperado el 20 de 10 de 2014, de Policlínico Universitario:

[http://www.polgalvan.sld.cu/softw\\_apn/contenido/clasificacioncap.htm](http://www.polgalvan.sld.cu/softw_apn/contenido/clasificacioncap.htm)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, C. (2014). *informe del evento mortalidad perinatal y neonatal tardía, desde el 15 junio hasta 19 julio, periodo epidemiológico vii, Colombia, 2014*. BOGOTA, D.C.

Jiménez, J., & Rojas, P. (2010). *UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE*. Recuperado el 15 de 10 de 2014, de UNIVERSIADA CATOLICA DE CHILE:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/medamb/organizacionsanitaria.html>

Lucy, P., Macarena, H., Ximena, A., & Jeanette, V. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Publica de mexico*, 572 - 579.

LUZ AMPARO, P. M., & BEATRIZ ELENA, P. P. (2008). INGRESO TARDÍO DE GESTANTES AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA E.S.E HOSPITAL TOBIAS PUERTA DE URAMITA - 2008. 1, 43.

MINISTERIO, S. (25 de febrero de 2000). *NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO*. Bogota, Cundinamarca, Colombia: MINISTERIO DE SALUD.

Organización Mundial de la Salud, 2. (2003). *Organización Mundial de la Salud 2003*.

Recuperado el 09 de 2014, de Organización Mundial de la Salud 2003:

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30_spa.pdf?ua=1)

Oscar Munares-GarcíaA. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. . *REVISTA PERUANA DE EPIDEMIOLOGÍA*, 1-8.

reservados., C. ©. (2014). *INVESTIGACION EN SALUD*. Recuperado el 16 de 10 de 2014, de

INVESTIGACION EN SALUD:

[http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20](http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=20)

5&Itemid=199

SALUD, I. N. (2014). *INFORME DEL EVENTO MORTALIDAD MATERNA, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLOGICO 6, COLOMBIA, 2014*. BOGOTA.



## ANEXOS

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES ACTIVIDADES	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Análisis de la literatura relacionada						
Ajuste del marco referencial						
Diseño y aplicación del instrumentos de recolección de información.						
Elaboración del diagnóstico, a partir de la presentación de los resultados de la investigación.						
Diseñar las herramientas administrativas y organizacionales para el mejoramiento del servicio de Control Prenatal.						
Revisión del tutor, ajustes y digitación.						
Correcciones y Ajustes						
Presentación del informe final						
Sustentación						

FUENTE: GESTORES DEL PROYECTO

## ENCUESTA PARA DETERMINAR LAS CAUSAS DE CAPTACIÓN TARDÍA DE GESTANTES

**Objetivo:** Determinar las causas de la captación tardía a controles prenatales en la Empresa Social del Estado Hospital Regional Noroccidental para el primer semestre del año 2014.

Con el fin de diagnosticar las causas de mortalidad materno – perinatal, de las usuarias de la IPS del Municipio de Abrego, así mismo disponer de soluciones administrativas que conlleven al mejoramiento de la atención brindada, agradecemos la honestidad con la que se resuelve este instrumento investigativo.

No

### I. IDENTIFICACION

Edad: \_\_\_\_\_

**En las siguientes preguntas marque con una X según corresponda a su caso.**

1. Estado Civil:

Soltera:

Casada:

Unión Libre:

Viuda:

2. Nivel de Escolaridad:

Ninguna:

Primaria:

Secundaria:

Profesional o técnico:

3. A que se dedica usted actualmente:

Trabaja:

Estudia:

Se dedica al Hogar:

### II. FACTORES SOCIO CULTURALES Y ECONÓMICOS

1. ¿Actualmente convive con una pareja o conyugue?

Sí

2. ¿Se siente usted apoyada por su familia?

Nunca:

Casi Nunca:

Algunas Veces:

Casi Siempre:

Siempre:

3. ¿Sus ingresos mensuales familiares, se encuentran entre:

0 a \$100.000

\$ 100.001 a \$ 200.

\$ 200.001 a \$ 400.

\$ 400.001 a \$ 620.

\$ 620.001 a \$ 800.

\$800.001 a \$1'200.

Más de \$1'200.

4. ¿En qué medio de transporte se traslada a la IPS para sus controles prenatales?

Caminando:

Transporte:

Privado:

Transporte Intermunicipal:

Transporte Urbano:

5. Conforme a la anterior respuesta, ¿A cuántos minutos se encuentra el centro de salud más cercano a su residencia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Considera importante iniciar sus controles prenatales, apenas tiene el conocimiento de que esta en embarazo?

- Nunca:
- Casi Nunca:
- Algunas Veces:
- Casi Siempre:
- Siempre:

7. ¿Cuáles son las causas por las que usted no asiste a los controles prenatales en las fechas asignadas por la IPS de Abrego?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Considera Ud., que importante es estar informada sobre cualquier conocimiento sobre su embarazo?

- Nunca:
- Casi Nunca:
- Algunas Veces:
- Casi Siempre:
- Siempre:

9. ¿Usted indaga al personal de salud, sobre los respectivos cuidados, dudas y mitos sobre su embarazo?

- Nunca:
- Casi Nunca:
- Algunas Veces:
- Casi Siempre:
- Siempre:

10. ¿Considera usted que el personal por el cual recibe la atención en sus controles, realiza una adecuada consulta?

- Nunca:
- Casi Nunca:
- Algunas Veces:
- Casi Siempre:
- Siempre:

11. ¿Siente que en la Ips de Abrego, recibe un trato humanizado por el personal el cual la atiende, (Portero, Secretaria, Enfermera, Medico, Servicio de laboratorio)?

- Nunca:
- Casi Nunca:
- Algunas Veces:
- Casi Siempre:
- Siempre:



