

**FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN
PARA EL CUIDADO PRENATAL. CAUCASIA, 2019.**

**JAVIER MARTIN RUBIO RODRIGUEZ
PAOLA MARGARITA CARDONA MONTES**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA
DIVISION DE POSGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD
MONTERÍA – CÓRDOBA
2020**

**FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN
PARA EL CUIDADO PRENATAL. CAUCASIA, 2019.**

**JAVIER MARTIN RUBIO RODRIGUEZ
PAOLA MARGARITA CARDONA MONTES**

**DIRECTORA
MSc. CONCEPCIÓN HERRERA GUTIÉRREZ.**

**Investigación presentada como requisito para obtener el título de Especialistas en
Gerencia Administrativa en Salud**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA
DIVISION DE POSGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD
MONTERÍA – CÓRDOBA
2020**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, Noviembre de 2020

DEDICATORIA

*Al Dios todo poderoso que nos ilumina cada día nuestro camino.
A nuestras familias por acompañarnos a cumplir nuestras metas y estar siempre
presentes en todos los momentos del diario vivir siendo nuestro apoyo incondicional.*

*Javier Martín Rubio Rodríguez
Paola Margarita Cardona Montes*

AGRADECIMIENTOS

*A nuestras asesoras por su paciencia y orientación.
A las instituciones que nos suministraron datos para cumplir con los objetivos
propuestos.
A los amigos que aclararon dudas y dieron motivación.*

*Javier Martin Rubio Rodríguez
Paola Margarita Cardona Montes*

CONTENIDO

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1.1.OBJETIVO GENERAL	14
1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
2. MARCO REFERENCIAL.....	15
2.1 MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	15
2.2 MARCO CONCEPTUAL	19
2.3 MARCO LEGAL	23
2.4. MARCO DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .	¡Error! Marcador no definido.
2.5 MARCO CONTEXTUAL	26
3. METODOLOGIA.....	29
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	29
3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO	29
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	30
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	30
3.6 PROCESAMIENTO DE DATOS	31
3.7 ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	¡Error! Marcador no definido.
3.9 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL	¡Error! Marcador no definido.
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	31
5. DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES	51

ANEXOS52

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características socio-demográficas	34
Tabla 2. Aspectos económicos y de afiliación al sistema de salud... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 3. Número de embarazos según la edad	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 4. Utilización de algún método de planificación familiar.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5. Edad gestacional al inicio del programa de atención para el cuidado prenatal.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6. Cumplimiento en la asistencia a los controles según edad gestacional ...	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7. Número de controles prenatales asistidos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8. Factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9. Realización de exámenes y órdenes médicas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 10. Complicaciones de las gestantes ante la no asistencia al programa de atención para el cuidado prenatal.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11. Hospitalizaciones relacionadas con la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal.....	39
Tabla 12. Etnia por edad de la gestante	39
Tabla 13. Edad y estado civil	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 14. Nivel educativo según grupos de edad	40

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Distribución de los convivientes de la gestante según grupos de edad37

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. SOLICITUD DE INFORMACIÓN A IPS	59
ANEXO B. ENCUESTA	61

RESUMEN

La inasistencia a la atención prenatal genera consecuencias graves tanto para la madre como para el recién nacido, debido a que es determinante no solamente en el manejo de las complicaciones que puedan presentarse durante el trabajo de parto y parto, sino también en la prevención de la mortalidad materna y neonatal. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal de las gestantes del municipio de Caucasia en el año 2019. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo, transversal, realizado en dos IPS del municipio de Caucasia-Antioquia. La muestra estuvo conformada por 266 gestantes que voluntariamente decidieron participar en el estudio. **Resultados:** 60% pertenecen a estrato socioeconómico 2, 26% se encuentran en condición de vulnerabilidad, 44% laboró durante su gestación, y son bachilleres 48%, el 71% son de régimen subsidiado y el 2% no se encuentra asegurado, el 26% reside en la zona rural y su economía depende en un 47% de su pareja, la mayor proporción convive con pareja o familia de la pareja, el 70% no se encontraba planificando y 70% de los embarazos fueron no planeados, el 50% accedieron durante el primer trimestre al programa de atención para el cuidado prenatal, el 56% cumplió a los controles conforme su edad gestacional, el 39% asistió alrededor de 6 a 7 controles, 29% asistió a 2 controles prenatales, el motivo de inasistencia sin justificación fue del 62,78%, sin embargo un 14% no acudieron por enfermedad, la complicación más frecuente fue anemia con un 53%. **Conclusión:** Se identificaron factores sociales y económicos asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado materno por parte de la gestante, además de la falta de motivación para cumplir con los controles programados.

Palabras clave: mujeres embarazadas, atención prenatal, factores desencadenantes, complicaciones del embarazo

ABSTRACT

Non-attendance to prenatal care generates serious consequences for both the mother and the newborn, because it is decisive not only in the management of complications that may occur during labor and delivery, but also in the prevention of maternal and neonatal mortality. **Objective:** To determine the factors associated with non-attendance at the prenatal care program for pregnant women in the municipality of Caucasia in 2019. **Materials and methods:** descriptive, cross-sectional study, carried out in two IPS in the municipality of Caucasia-Antioquia. The sample was made up of 266 pregnant women who voluntarily decided to participate in the study. **Results:** 60% belong to socioeconomic stratum 2, 20% are in a vulnerable condition, 44% worked during their gestation, and 48% are high school graduates, 71% are subsidized and 2% are not insured, 26 % live in rural areas and their economy depends 47% on their partner, the highest proportion lives with a partner or family of the partner, 70% were not planning and 70% of the pregnancies were unplanned, 50% accessed prenatal care during the first trimester, 56% complied with controls according to their gestational age, 39% attended about 6 to 7 controls, 29% attended 2 prenatal controls, the reason for absence without justification was 62, 78%, however 14% did not attend due to illness, the most frequent complication was anemia with 53%. **Conclusion:** Social and economic factors associated with the absence of the care program for maternal care by the pregnant woman were identified, in addition to the lack of motivation to comply with the programmed controls.

Keywords: pregnant women, prenatal care, triggers, pregnancy complications

INTRODUCCIÓN

El conjunto de acciones y actividades, dirigidas a mantener una buena salud materna, con un desarrollo normal del feto y obtener un recién nacido en óptimas condiciones, es definido por el Ministerio de la Protección Social de Colombia, como programa de atención para el cuidado prenatal (1) (2); y la Constitución Política, contempla la atención en salud para la mujer en embarazo como un derecho fundamental (3), por lo tanto el Estado debe garantizar una atención integral y de calidad, para que el embarazo, parto y puerperio, se desarrolle normalmente y se prevengan complicaciones (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una atención prenatal de calidad, lleva inmersa importantes funciones de atención en salud (5), que no consiste solamente en la ausencia de enfermedades durante este curso de vida, sino también en que la gestante pueda disfrutar de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente (6). Esta atención, además ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en este momento tan importante en la vida de una mujer (5).

Por otra parte, la inasistencia a la atención prenatal genera consecuencias graves tanto para la madre como para el recién nacido, debido a que es determinante en el manejo de las complicaciones que puedan presentarse durante el trabajo de parto y parto (7) (8), y en la prevención de la mortalidad materna y neonatal (7).

De acuerdo con cifras oficiales del Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia hasta la semana epidemiológica 8 de 2020, ha notificado 3.675 casos de morbilidad materna extrema, con un incremento del 6,2 % con respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior, y con relación a las muertes maternas, a la semana epidemiológica 9 del presente año, han sido notificadas 69 fallecimientos, de las cuales 51 ocurrieron durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación (9).

Teniendo en cuenta lo anterior, el análisis para la identificación de los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal, permitirá mejorar la gestión de la institución de salud, para aumentar la cobertura en el programa y realizar estrategias que motiven la asistencia al control por parte de las gestantes, lo que repercutirá en la disminución de la morbimortalidad materna perinatal (10)

Es de resaltar, que para los gerentes administrativos en salud, es de gran importancia tener claridad acerca de los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal, debido a que esta información permitirá la realización de intervenciones oportunas y evitar complicaciones en la salud del binomio madre-hijo.

Esta investigación, genera un aporte no solo a la institución objeto de estudio, sino también a las autoridades de salud municipal y regional, debido a que contribuye a mejorar las intervenciones encaminadas a educar a las gestantes para que asistan oportunamente al control, y se disminuya el riesgo de las complicaciones propias del embarazo.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal de las gestantes del municipio de Caucasia en el año 2019.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características socio-demográficas, de las gestantes inasistentes al programa de atención para el cuidado prenatal.
- Identificar los factores asociados a la inasistencia de las gestantes al programa de atención para el cuidado prenatal.
- Identificar las complicaciones más frecuentes, que presentan las gestantes debido a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Con respecto al estudio acerca de los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal, se encontraron las investigaciones que se relacionan a continuación:

Rivera, Burgos, Gomez, y Moquillaza (11), realizaron una investigación con el objetivo de determinar los factores asociados al acceso de la atención prenatal en sus dimensiones de atención oportuna y cobertura, a través de un estudio con enfoque cuantitativo, observacional y analítico, en 110 puérperas de dos hospitales en Perú. Realizaron un análisis de regresión logística multivariada considerando un nivel de confianza del 95%. Los resultados muestran que el olvido de las citas es un factor asociado a la cobertura inadecuada de la atención prenatal ($p=0,048$), mientras que la presencia de un seguro de salud previo al programa de atención para el cuidado prenatal, se asoció a la atención prenatal oportuna. La principal conclusión, evidencia que la ausencia de olvido de las citas y la presencia de un seguro de salud previo al embarazo se asocian con el acceso a la atención prenatal.

Así mismo Castillo et al (2), llevaron a cabo una investigación con la finalidad de determinar los factores asociados al uso adecuado del al programa de atención para el cuidado prenatal por gestantes de 13 municipios del departamento de Bolívar, Colombia. El tipo de estudio fue analítico, transversal, con una muestra de 661 gestantes seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. La información se recolectó a través de una encuesta para caracterización sociodemográfica y gineco-obstetrica, para evaluar la asistencia al programa de atención para el cuidado prenatal se empleó el propuesto por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia y varias escalas para medir los factores asociados descritos en la literatura. Los

resultados muestran que el 53,26 % de las mujeres reportaron uso adecuado de programa de atención para el cuidado prenatal. Ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1.2-2,3), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), percibir apoyo familiar (OR: 3,2 IC: 1.1-9,2), tener un embarazo planeado (OR: 2,2 IC: 1,5-3.0), ser empleadas (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), tener afiliación en salud (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8) y pertenecer a una familia pequeña (OR: 1,3 IC: 1,2-1,8) se asocian al uso adecuado del programa de atención para el cuidado prenatal. La principal conclusión indica que los factores protectores asociados al adecuado cumplimiento de los controles prenatal son de tipo personal, familiar afectivos y socio-sanitarios.

Por otra parte, con el objetivo de identificar los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal, en gestantes atendidas en un puesto de salud de Tumbes, Fernández García, Estrada, y Kassandra (10), realizaron un estudio analítico, con casos y controles; la muestra estuvo conformada por 41 casos y 41 controles. Los instrumentos fueron validados mediante una prueba piloto y sometidos al análisis de fiabilidad con el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados muestran que la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal se asocia a factores biológicos como la edad gestacional; factores sociales: el embarazo no deseado y dificultad para realizar quehaceres domésticos; a factores culturales: violencia familiar y olvido de citas y a factores institucionales: atención insatisfactoria; falta de seguimiento; tiempo de espera largo y servicios incompletos. La principal conclusión evidencia, que los factores institucionales incrementan la probabilidad de no acudir al programa de atención para el cuidado prenatal.

Igualmente, Faneite et al (12), llevaron a cabo un estudio descriptivo analítico, transversal, basado en una entrevista-encuesta, en 1000 pacientes que en el embarazo actual o pasado no asistieron al control, con la finalidad de conocer qué factores personales (epidemiológicos, socioeconómicos), institucionales y médicos están relacionados con la inasistencia a la consulta prenatal. Los resultados encontrados muestran que en los factores epidemiológicos, predominó residencia en barrios (57,2

%), educación secundaria (59,7%), estado civil soltera (48,1 %) y la edad entre 20-29 años (40,4 %). Con los factores sociales, dominó el domicilio lejano (52,3 %), en los económicos, el desempleo (27,3 %) y en la educación prenatal, el desconocimiento de la importancia del control (48,8 %). En los factores institucionales fue determinante el ambiente inadecuado de la consulta (39,2 %) y la ubicación lejana del centro de salud (19,3 %). En factores de atención médica refirieron, consulta de baja calidad (29,8 %), seguida de la opinión de pocas horas de consulta (23,2 %). La conclusión evidencia la falta a la consulta prenatal está relacionada con múltiples factores, esto conlleva a la instauración de actividades educativas, incluye desarrollar acciones efectivas para elevar la calidad de vida, rescate de programas preventivos de salud, además de reparación y dotación de las instalaciones de salud; sin olvidar mejoras del acto médico.

Finalmente, Córdoba y Escobar (13), realizaron un estudio analítico de casos y controles basado en la revisión de historias clínicas de las gestantes del programa de atención para el cuidado prenatal que asistieron antes y después del primer trimestre de gestación, con el objetivo de 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. Los resultados muestran que las edades oscilaron entre los 14 y 45 años. El 77,1% de las gestantes pertenecían al régimen subsidiado. Nivel educativo superior a primaria es un factor protector. El riesgo de inicio tardío al programa de atención para el cuidado prenatal se incrementó en la medida en que lo hacía el número de embarazos, siendo estadísticamente significativo el antecedente de 4 a 6 gestaciones. En conclusión, los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Embarazo. Es definido como la etapa que inicia cuando se da la implantación del ovulo fecundado en la pared del útero, continuando con el proceso de nidación, y posteriormente lo que se denomina embarazo (14). Otros autores afirman que es un proceso natural en donde una mujer, después de una relación sexual o un procedimiento especializado, el óvulo es fecundado por un espermatozoide, dando comienzo al desarrollo de un feto (15).

Factores Asociados. Son las circunstancias que contribuyen con la asistencia o inasistencia al cuidado prenatal por parte de la gestante. Encontrándose al respecto variables personales, familiares, socioculturales, económicos y relacionados con los servicios de la salud (10).

Inasistencia: es la ausencia de las gestantes al cuidado prenatal (15), lo que significa que pierden la oportunidad de recibir atención integral por parte del personal de salud, que incluye la educación en estilos de vida saludable, la detección precoz de signos y síntomas del embarazo, la preparación para un parto seguro, entre otros. (10)

Cuidado Prenatal. Es definida como el conjunto de intervenciones a través de las cuales se pueden identificar condiciones biológicas y hábitos del comportamiento, que puedan convertirse en riesgos para la salud de una mujer gestante. Esta atención en salud puede reducir la morbimortalidad materna y perinatal (16). También puede considerarse como el mecanismo a través del cual se hace un seguimiento a la gestación con la finalidad de prevenir posibles complicaciones (15).

2.3 MARCO TEÓRICO

Cuidado Prenatal

Es el seguimiento que realiza una institución de salud a la gestante e incluye un conjunto de acciones interdisciplinarias, con la finalidad de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo y complicaciones, que se puedan presentar durante el embarazo, parto, postparto (13,17-18).

La OMS, afirma que a través del cuidado prenatal, los profesionales de la salud, además de hacer un seguimiento a la gestación para evitar complicaciones en la salud de la madre y su hijo, también tienen la oportunidad para brindar apoyo e información a las gestantes, incluyendo, la promoción de un modo de vida sano, buena nutrición, detección y prevención de enfermedades, asesoramiento para la planificación familiar y apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (5).

En Colombia, los lineamientos para ofrecer esta atención, se encuentran en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social y en la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal, promulgada en la Resolución 3280 de 2018, la cual es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud, las condiciones necesarias para garantizar una atención de calidad y la generación de una cultura del cuidado como parte de la garantía del derecho a la salud (19,20).

Organismos internacionales como la OMS, considera que el cuidado materno es una prioridad en las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, no todas las mujeres acceden al programa de atención para el cuidado prenatal y algunas no logran la adherencia, ni cumplen con la periodicidad de asistencia al mismo (10)

Estudios realizados indican que las gestantes que tienen un control inadecuado, presentan una mayor incidencia de neonatos deprimidos y con bajo peso (21). Además genera sobrecostos en la prestación de servicios de salud e ineficiencias administrativas ante la gestión del riesgo (22). Por tanto, el cuidado prenatal debe integrar acciones de individuos e instituciones y garantizar las condiciones que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.

Por otra parte, para lograr la finalidad que se busca en la realización de los controles para el cuidado materno, es fundamental una atención con estándares mínimos de calidad, entre los cuales se destacan la ausencia de barreras de acceso, ambiente de confianza y defensa de la privacidad de la gestante, y cumplir con las características de periodicidad, integralidad, precocidad y ampliación de cobertura, lo que contribuirá a que las acciones llevadas a cabo sean costo-efectivas para el sistema de salud. (17,23- 24).

Factores asociados a la inasistencia al programa del cuidado prenatal.

Varios autores, han descrito una serie de factores relacionados con la asistencia adecuada o inadecuada al programa de atención para el cuidado prenatal. Dentro de los cuales se encuentran: variables personales; económicas; y aspectos relacionados con los servicios de la salud.

Variables personales. Son todos los aspectos que aunque están directamente relacionados con la gestante, no dependen exclusivamente de ella; sino que pueden afectarse por su entorno familiar y comunitario. De acuerdo a estudios realizados entre

más joven es la mujer es más difícil que busque por sí sola los servicios de salud, o realice acciones preventivas relacionadas a su gestación. Dentro de estas variables personales se encuentra: la edad, escolaridad, deseo del embarazo (25).

Socioculturales. Hace referencia a los conocimientos, actitudes y prácticas de la población relacionados con la utilización de los servicios. Dentro de las barreras socioculturales se encuentran la religión, ubicación geográfica, y cercanía a la institución de salud (26).

Entre los factores culturales que pueden actuar como barreras en el acceso a los servicios de salud materna, se encuentran por ejemplo, aquellos que son ofrecidos sin tomar en consideración las expectativas, tradiciones y creencias de las mujeres indígenas y/o afrodescendientes. Igualmente, las mujeres pobres y en situación de exclusión, en muchas ocasiones no acuden a los servicios de salud por falta de tiempo o por estar sobrecargadas de trabajo ya que las tareas del cuidado recaen exclusivamente en ellas, postergando el cuidado de su salud y arriesgando con ello sus vidas. (27)

Económicos. Son todos los aspectos relacionados con los ingresos y egresos tanto de la gestante como de su familia. Dentro de estos encontramos, la capacidad de pago, costos de acceso al lugar de atención, costos de la prestación del servicio, recursos económicos para el desplazamiento, o gastos de estadía, para asistir a las consultas de seguimiento (25-26).

Al respecto la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) indica que los gastos en la atención, se convierte en un determinante para que una mujer decida si acude o no, a los servicios de salud frente a algún síntoma de riesgo durante el embarazo, parto o pos parto (27).

Aspectos relacionados con los servicios de la salud. Es la manera como están organizados los servicios en las instituciones de salud. Estudios realizados al respecto han evidenciado que una de las barreras de acceso a los servicios de salud por parte

de la gestante, se debe a la falta de una red de apoyo que favorezcan servicios de salud con calidad o por desconocimiento de las rutas de atención (25-26).

Los aspectos administrativos, como los trámites burocráticos, de los cuales hace parte, la solicitud de autorización para citas, entrega de medicamentos o realización de procedimientos, baja capacidad resolutive de las instituciones prestadoras de salud y la falta de servicios integrales, oportunos y de calidad también influyen en la inasistencia a al programa del cuidado prenatal (25-26).

Es de señalar que las mujeres, especialmente las que habitan en zonas rurales, la distancia que tiene que recorrer para acudir a una institución de salud, así como las características del camino y costo de transporte, pueden ser determinantes en la decisión de buscar una atención médica (27).

2.4. MARCO LEGAL

Colombia cuenta con un amplio marco normativo orientado a ofrecer una atención en salud materna y perinatal, integral y de calidad. La cual se describe a continuación:

La Constitución Política de Colombia (3) en el artículo 43 expresa, que la mujer “no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación, y durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada”.

Teniendo en cuenta lo manifestado en la constitución, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a través de la Ley 50 de 1990 (28), en el artículo 33 establece que, “la maternidad gozara de protección especial por el Estado” por lo tanto brinda las garantías de protección durante la gestación y posterior a este.

Así mismo, la Ley 100 de 1993 (29), contempla acciones destinadas a atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación, entre los cuales se encuentra la atención de embarazo y parto.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, con la expedición de la Resolución 412 del año 2000 (1), entre otros aspectos, también buscó ofrecer una atención integral durante el embarazo, parto y al recién nacido.

En el año 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007, y dentro de sus líneas de acción se encuentra el componente de Maternidad Segura, con la finalidad de garantizar a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a, mediante una adecuada y oportuna atención durante la etapa preconcepcional, gestación, parto y

puerperio, y brindar tratamiento a las complicaciones que puedan presentarse durante este período (30).

Otra estrategia implementada por el Ministerio de la Protección Social es el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (31); que incorpora dentro de sus acciones, garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencia, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación; contemplan acciones para garantizar el cuidado de las gestantes y al menor.

La ley 1751 de 2015 (32) del Ministerio de Salud en el artículo 11, reglamenta “que son sujetos de especial protección, la niñez, adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado”.

Con respecto a la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), propuesta en la Resolución 429 de 2016 y promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social, define los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual busca garantizar una atención fundamentada en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativo, centrada en las personas, familias y comunidades, para garantizar el derecho a la salud (33).

Por otra parte, a través de la Resolución 3280 de 2018 (34), el Ministerio De Salud y Protección Social (MSPS), adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Con relación a la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), es de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional y define los integrantes del sector salud y las condiciones necesarias para materializar la atención integral en salud, como

garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos.

La operativización de la RIAMP, se da a partir de los elementos centrales que incorpora el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), y propone organizar las poblaciones y los grupos de riesgo según el curso de vida.

2.5 MARCO CONTEXTUAL

Este estudio se realizó en dos IPS de segundo nivel de complejidad ubicadas en el municipio de Caucaasia-Antioquia, las cuales se describen a continuación:

Hospital César Uribe Piedrahita.

Es una Institución con alta capacidad instalada, cuenta con tecnología biomédica de punta, y personal administrativo y asistencial formado en la cultura del servicio, que atiende principalmente a la comunidad que reside en el Bajo Cauca Antioqueño, Alto San Jorge, zona Norte de Antioquia, Sur de Bolívar y el Nordeste Antioqueño. Actualmente tiene una solidez financiera, por lo que a corto plazo proyecta la construcción de una nueva planta física, que entre otros servicios contará con Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos e Infantil, Unidad de Cuidados Especiales Infantil y Adultos, Unidad de Imágenes Diagnósticas de alta resolución a través de la telemedicina, laboratorio clínico de referencia, y 5 quirófanos.

Actualmente ofrece los siguientes servicios: cirugía, consulta ambulatoria, hospitalización, laboratorio clínico, odontología, unidad de imagenología y urgencias.

Plataforma estratégica:

Misión. Proporcionar servicios integrales de salud con calidad humana, responsabilidad social y ambiental a la población del Bajo Cauca Antioqueño y Alto San Jorge.

Visión. La E.S.E. Hospital César Uribe Piedrahita será reconocida como una Empresa sólida y líder en la prestación de servicios de salud en la Zona Norte y Bajo Cauca del Departamento de Antioquia, contribuyendo con el bienestar físico, mental y social de la comunidad interna y externa, a través del mejoramiento y desarrollo del recurso

humano y la inversión en la tecnología necesaria para cumplir las necesidades de los usuarios.

Valores Corporativos: Calidad Humana, Respeto, Honestidad, Ética, Responsabilidad, Solidaridad, Lealtad.(35)

Clínica Pajonal, Caucasia.

Esta institución de salud, se constituyó por escritura pública el 30 de agosto de 1995, como una sociedad comercial de responsabilidad limitada y con el aporte de capital de 9 socios, ofreciendo los siguientes servicios: urgencias, farmacia, laboratorio, consulta externa, hospitalización, cirugía, ayudas diagnósticas.

Posteriormente fueron ampliadas las instalaciones, lo que permitió aumentar la oferta de las camas hospitalarias, incremento de consultorios y ampliación del área administrativa, e iniciar la prestación de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivo (UCI), Unidad de Cuidados Especiales (UCE), transfusión sanguínea, nefrología, diálisis, servicio farmacéutico de tercer nivel, Tomografía, y Mamografía.

Actualmente la institución se encuentra en proceso de adaptación y oferta de nuevos servicios construidos, adicionalmente se proyecta la construcción del cuarto piso donde se espera abrir la unidad de neonatología.

Con relación al talento humano, cuenta con 122 funcionarios de contrato sindical y 121 empleados vinculados directamente con la Clínica.

Plataforma Estratégica.

Misión. Prestar servicios integrales de salud en los niveles de baja, mediana y alta complejidad, en unas modernas instalaciones con tecnología de punta y el mejor talento humano interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de la población. Brindamos

servicios de salud con calidad y oportunidad necesaria para garantizar un alto nivel científico, ético y de respeto por la dignidad humana.

Visión. La Clínica Pajonal será reconocida como la mejor INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD del bajo cauca antioqueño, tendremos altos estándares de calidad y productividad, seremos una empresa líder en la prestación de servicios de salud con alta competitividad, integralidad del servicio, gracias a sus instalaciones Y recurso humano. Seremos generadores de rentabilidad económica suficiente para contribuir con el bienestar de los socios, los empleados y la comunidad, logrando con esto permanencia y crecimiento en el mercadeo de servicios de salud.

Valores corporativos.

Respeto, ética, compromiso, vocación de servicio, calidad, profesionalismo, disciplina, solidaridad, honestidad. (36)

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó de un estudio de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

Este estudio fue realizado en dos IPS del municipio de Caucasia-Antioquia, quienes prestan servicio como prestador primario y complementario.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 280 gestantes inscritas en el programa de atención para el cuidado prenatal de las dos IPS escenario de estudio.

La muestra la conformaron 266 gestantes inscritas en el programa de atención para el cuidado prenatal de las dos IPS escenario de estudio, que, cumplieron con los criterios de inclusión y decidieron participar de la investigación previa explicación telefónica de los objetivos planteados.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes inscritas en el programa de atención para el cuidado prenatal las dos IPS escenario de estudio.

Gestante en cualquier rango de edad.

Gestantes inscritas en el periodo de 01 de enero a 31 de diciembre de 2019.

Gestante residente en el municipio de caucasia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestante inscrita durante el año 2020.

Gestante no residente en Cauca.

3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

Gestantes inscritas en el programa de atención para el cuidado prenatal de las dos IPS escenario de estudio.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previo a la recolección de la información, se solicitó aval institucional y se suministró la información contenida en la base de datos de Gestantes inscritas en el programa de atención para el cuidado prenatal, registrados en las bases de datos suministradas por las IPS de acuerdo en lo establecido en el Artículo 18 de la Resolución 008430 de 1993. (Anexo A).

Para recolectar la información, se diseñó de una encuesta estructurada que permitió obtener los datos sociodemográficos y factores asociados a la inasistencia de gestantes al programa de atención para el cuidado prenatal, la cual fue validada por expertos en el área, posteriormente se realizó prueba piloto de la misma, con el fin de evaluar su contenido y funcionalidad/ viabilidad. (Anexo B). La información se recolectada por 2 auxiliares de enfermería previamente capacitados y estandarizados con los investigadores.

Teniendo en cuenta las circunstancias actuales de pandemia por la COVID-19, para conservar un distanciamiento social por el riesgo que ocasiona para las gestantes, la obtención de la información se realizó por medio de llamadas telefónicas a los números de teléfonos registrados en las bases de datos suministradas por las diferentes IPS. La duración de la llamada tomo entre 5 y 10 minutos.

3.6 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez recolectada la información de la caracterización sociodemográfica, se tabuló en una base de datos de Excel versión 2017 y se realizó análisis estadístico descriptivo.

La información se presentará en tablas y gráficos con su respectivo análisis cualitativo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

En el marco de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social se considera una investigación sin riesgo por cuanto no se realiza ningún tipo de intervención, ni se toman muestras o especímenes humanos.

De acuerdo con lo establecido en el ARTICULO 11. de la presente resolución, esta investigación de clasifica en a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

3.8 ASPECTOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Los autores se responsabilizan de las opiniones o afirmaciones que se registren como tales en este documento. La propiedad intelectual y derechos de autor según el Acuerdo 045 de 2018 corresponden a la Universidad de Córdoba compartida con los miembros de la comunidad académica que han participado del desarrollo del proyecto.

Las publicaciones y demás productos académicos que de éste se deriven de los resultados deben dar crédito a los autores del mismo y a la Universidad de Córdoba.

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, DE LAS GESTANTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

4.1.1 Características socio-demográficas

Al conjunto de particularidades biológicas, socioeconómicas y culturales que pueden ser medibles y están presentes en la población sujeta de estudio, es lo que se denomina características socio demográficas. Al respecto se encontró que el 34% de las gestantes se encuentran entre los 20 a 24 años, seguidas de las que tienen entre 15 a 19 con un 28%; porcentaje que llama la atención porque se evidencian gestantes menores de edad, sumado al 2% que aportan las que se encuentran éntrelos 10 a 14 años. (Tabla 1).

Como se puede observar en la tabla 1, el 48% de las gestantes son bachilleres; seguido de las que realizaron estudios técnicos y primarios con un 26% y 25% respectivamente. Solamente el 1% culminó estudios universitarios.

En cuanto a las gestantes menores de edad, 37 se encuentran cursando primaria, las 9 restantes son bachilleres; lo que sugiere la importancia que tienen las Instituciones educativas en la realización de acciones de fortalecimiento en educación sexual y prevención de embarazos no deseados. De las gestantes entre 20 a 29 años, 1 es analfabeta, 11 están realizando la primaria, 81 son bachilleres, 44 cursaron estudios técnicos y 3 finalizaron pregrado.

En lo relacionado a la raza, las afrocolombianas e indígenas, tienen una participación del 1% cada una, mientras que el 98% restante son mestizas. Las gestantes indígenas

presentan un rango de edades entre 20 a 29 años, y las gestantes afrocolombianas se encuentran entre los 20 y 24 años, y 36 y más.

En la tabla 1, también se observa que la mayoría de los sujetos de estudio son de estrato socio económico 1 y 2, con un 35% y 60% respectivamente.

Por otra parte, solamente el 26% se encuentra en condición de vulnerabilidad.

Es de indicar además que el 67% de las participantes residen en la zona urbana, lo que facilita en acceso a los servicios de salud. El 33% de las gestantes viven en la zona rural.

Tabla 1. Características socio-demográficas

Edad	No	%
10 a 14	4	2
15 a 19	74	28
20 a 24	91	34
25 a 29	49	18
30 a 35	33	12
36 y más	15	6
Total	266	100
Nivel educativo		
Analfabeta	1	0%
Bachiller	127	48%
Primaria	67	25%
Técnico	68	26%
universitario	3	1%
TOTAL	266	100%

Etnia		
Afrocolombiano	3	1
Indígena	2	1
Mestizo	261	98
Total	266	100
Estrato		
Uno	93	35%
Dos	160	60%
Tres	13	5%
Total	266	100%
Condición de vulnerabilidad		
Desplazado	49	18%
Huérfana	21	8%
Ninguno	196	74%
Total	266	100%
Zona de Residencia		
Rural	87	33%
Urbana	179	67%
TOTAL	266	100%

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

En la tabla 2, se observa que la mayoría de las participantes, es decir, el 56%, no trabajaron durante la gestación, y el 44% restante ejercían alguna actividad laboral, encontrándose en este porcentaje las que tienen edades entre los 14 a 19 años.

En cuanto a la dependencia económica, el 47% depende de su pareja, sin embargo teniendo en cuenta los datos del régimen de afiliación, se encontró que el trabajo

realizado por las parejas de las gestantes es un trabajo informal, debido a que no cotizan al Sistema General de Seguridad Social en Salud; y el 26% de las gestantes son las trabajadoras que se valen por sí mismas para llevar el alimento a sus hogares.

En la tabla 2, además se observa que el 71% de las gestantes se encuentran en el régimen subsidiado, y el 23% en el régimen contributivo, donde algunas se encuentran como beneficiarias dentro de su núcleo familiar, y otras gracias a la labor que prestan se encuentran vinculadas como independientes y con otro tipo de contratos como termino fijo e indefinido. El régimen especial y otros, se encuentran el 4% de las gestantes, mientras que la población pobre no asegurada también aporta un 2%.

Tabla 2. Aspectos económicos y de afiliación al sistema de salud

Estado laboral	N°	%
No trabajé durante mi gestación	149	56
Sí trabajé durante mi gestación	117	44
Total	266	100
Su economía depende de		
Pareja	125	47
Por si misma	68	26
Padres	36	14
Pareja, Por si misma	17	6
Padres, Pareja	11	4
Familiares/amigos	6	2
Padres, Por si misma	2	1
Padres, Pareja, Familiares/amigos	1	0
Total	266	100
Régimen de afiliación		
Contributivo	60	23
Especial	5	2
Otro	5	2
Población Pobre No Asegurada	6	2
Subsidiado	190	71
Total	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

En lo relacionado a los convivientes de la gestante según grupos de edad, se encontró que de acuerdo con la distribución 50% de las gestantes entre 10 y 14 años conviven con su pareja y familia de la pareja; 25% con sus propios padres y hermanos y con la pareja y 25% con sus padres y hermanos.

Entre las 74 gestantes con edades entre 15 a 19 años las posibilidades de convivencia son mayores, es así como 35.14% de ellas convive con la pareja en la casa de la familia de su pareja; 28.38% convive con sus padres, hermanos y amigos; 10.8% convive con sus padres.

En estos dos grupos de edad se observa como los padres de ambos miembros de la pareja tienden a hacerse cargo de la responsabilidad del hijo, constituyéndose en un importante apoyo social para la gestante entre 10 y 19 años.

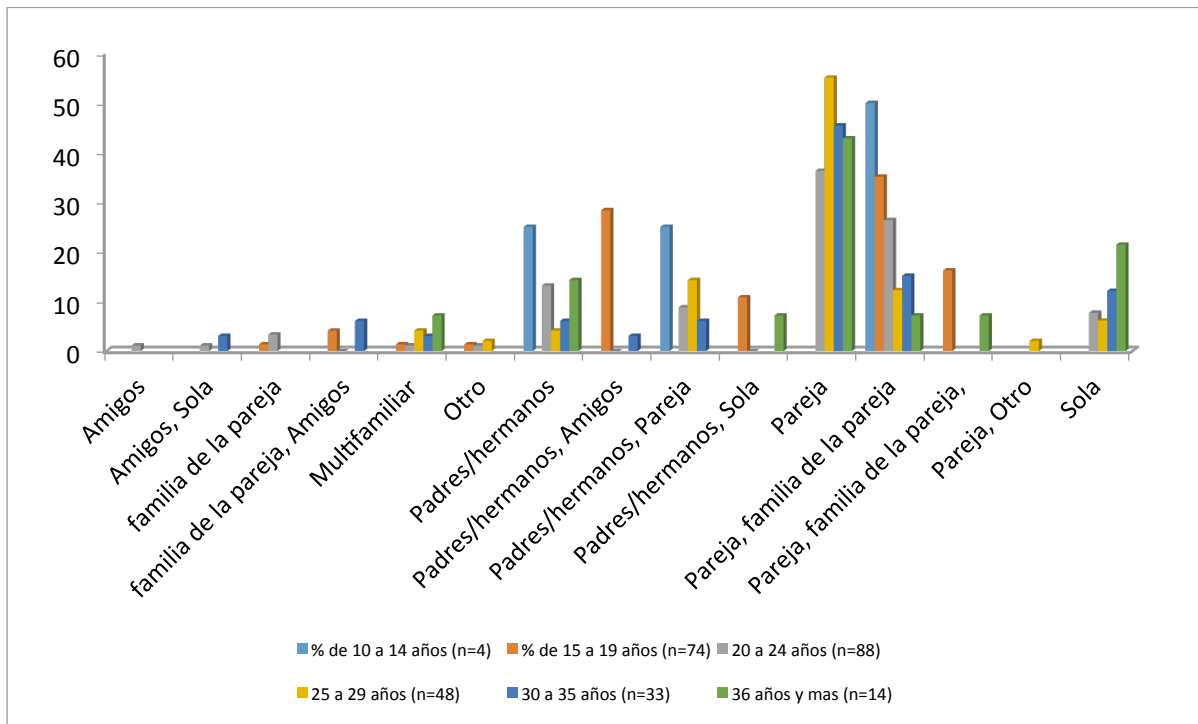
Mientras que para las edades de 20 a 24 años (n=88), la gestante convive principalmente con su pareja (36.26%); así como con la pareja en casa de la familia de ésta (26.37%) y 13.39% continúa viviendo en la casa paterna. Similar comportamiento tiene el grupo de 25 a 29 años (n=48) con predominio de la convivencia en pareja (55,1%) y con la familia de la pareja (12.24%). En estos dos grupos se observa la reducción progresiva del apoyo de la casa paterna tal vez por la mayor edad de las gestantes.

En los grupos de 30 a 35 años (n=33), así como el grupo de 36 y más años (n=14) en los cuales predomina la convivencia en pareja, también en la familia de su pareja; en esta distribución se aprecia que a medida que se aumenta la edad de la mujer se aumenta la frecuencia de vivir “sola”, tendencia que inicia a los 20 años y se mantiene en ascenso en la muestra.

El principal conglomerado, establece las responsabilidades de la convivencia de la mujer gestante con la pareja, sea sola, en unión con los familiares de esta e incluso con amigos de su pareja; mientras que la distribución de apoyo familiar directo de la gestante es mayor en las etapas de la adolescencia que en las edades superiores.

En el mismo sentido la tendencia que se marca con la edad es a mayor edad mayor independencia expresada en vivir sola. (Gráfica 1)

Gráfica 1. Distribución de los convivientes de la gestante según grupos de edad



Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

4.1.2 Características de la gestante y la gestación

La distribución de los resultados del número de embarazos según la edad de la gestante evidencia que, a mayor edad, mayor número de embarazos; es así como 100% de las gestantes participantes en el grupo de 10 a 14 años se encuentra en su primer embarazo; en el grupo de 15 a 19 años 77% ha tenido un embarazo, 20.3% dos embarazos y 2.7% tres embarazos.

Entre las participantes con edades en el grupo de 25 a 29 años 25% ha tenido un embarazo, 47% dos embarazos, 25% tres embarazos y 2.1% cuatro embarazos.

Tabla 3. Porcentaje de embarazadas según la edad.

Grupo de edad	Un embarazo (%)	Dos embarazos (%)	Tres (%)	Cuatro (%)	Cinco (%)	Seis (%)	Total %
10 a 14 años (n=4)	100						100
15 a 19 años (n=74)	77,0	20,3	2,7				100
20 a 24 años (n=88)	48,9	43,2	10,2	1,1			100
25 a 29 años (n=48)	25,0	47,9	25,0	2,1			100
30 a 35 años (n=33)	15,2	54,5	27,3	3,0			100
36 años y más (n=14)	14,3	14,3	7,1	57,1	7,1	7,1	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

En lo relacionado a la utilización de método de planificación familiar, el 70% de las encuestadas, manifestó que no utilizaron ningún método, mientras que el 30% si lo hizo. (Tabla 4)

Tabla 4. Utilización de algún método de planificación familiar

Utilización de algún método de planificación familiar	N°	%
No	187	70
Si	79	30
Total	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

4.2 ASISTENCIA DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL.

Como se observa en la tabla 5, todas las gestantes entre los 10 a 14 años ingresaron al programa para el cuidado materno en el segundo trimestre del embarazo; el resto del grupo poblacional lo hicieron entre el primer y segundo trimestre. Exceptuando un 6% de las mujeres que se encuentran entre los 30 a 35 años. (Tabla 5)

Tabla 5. Edad gestacional al inicio del programa de atención para el cuidado prenatal.

Grupo de edad	I TRIM (1-13)	II TRIM (14-27)	III TRIM (18-37)
10 a 14 años (n=4)		100%	
15 a 19 años (n=74)	53%	47%	
20 a 24 años (n=91)	55%	45%	
25 a 29 años (n=49)	63%	37%	
30 a 35 años (n=33)	55%	42%	3%
36 años y más (n=15)	67%	33%	
TOTAL	57%	43%	0%

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

Por otra parte, con relación a la asistencia a los controles se evidenció, que el 56,76% de las gestantes cumplió con estos, acorde a la edad gestacional, mientras que el 43,24% no lo hizo (Tabla 6).

Tabla 6. Cumplimiento en la asistencia a los controles según edad gestacional

Asistencia a los controles	N°	%
Cumplimiento: Según lo acorde para la edad gestacional	151	56,76
Incumplimiento: no acorde con la edad gestacional	115	43,24
Total	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

Teniendo en cuenta el número de controles realizados, en la tabla 7, se observa un incumplimiento con más del 50% en todos los grupos de edad en los diferentes controles. En otras palabras, las gestantes entre los 10 a 14 años asistieron a 3 controles, al número 4 el 50%, al sexto y noveno el 25% respectivamente, y en los demás rangos de edad ocurrió la misma situación (Tabla 7).

Tabla 7. Número de controles prenatales asistidos

GRUPO DE EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10 a 14 años (n=4)	0,0%	0,0%	0,0%	50%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%
15 a 19 años (n=74)	0,0%	0,0%	5,4%	4,1%	6,8%	18,9%	27,0%	31,1%	6,8%
20 a 24 años (n=91)	1,1%	0,0%	1,1%	4,4%	9,9%	15,4%	28,6%	33,0%	6,6%
25 a 29 años (n=49)	0,0%	4,1%	0,0%	4,1%	10,2%	12,2%	20,4%	34,7%	14,3%
30 a 35 años (n=33)	0,0%	3,0%	0,0%	3,0%	12,1%	9,1%	24,2%	27,3%	21,2%
36 años y más (n=15)	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	13,3%	6,75%	20,0%	40,0%	6,7%
TOTAL	0,4%	1,1%	1,9%	5,3%	9,4%	14,75%	25,2%	32,0%	10,2%

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

Con relación a los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal, 62,78% de las gestantes manifestaron que no tuvieron ningún motivo para no haber asistido a los controles, 14% lo atribuyen al estado de salud en ese momento, 7,89% no consideró importante la asistencia a los controles, lo que sugiere que se deben fortalecer acciones de promoción en el cuidado materno, 5,26% de las participantes manifestaron que las labores le impidieron asistir a los controles, 4,51% asegura que fue por el factor económico, el resto de las gestantes lo atribuyen a la falta de acompañante, transporte y falta de tiempo. (Tabla 8)

Tabla 8. Factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal

Motivo de inasistencia a los controles	N°	%
Ninguno	167	62,78
Enfermedad	38	14,29
No considera importante la asistencia al CPN	21	7,89
Laborales	14	5,26
Económico	12	4,51
No tener acompañante	7	2,63
Transporte	6	2,26
Falta de tiempo	1	0,38
Total	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

Por otra parte el 85,33% de las participantes se realizaron los exámenes y cumplieron las órdenes médicas acorde a la normatividad vigente, mientras que el 14,67% no cumplió con estos aspectos (Tabla 9).

Tabla 9. Realización de exámenes y órdenes medicas

Cumplimiento de exámenes y ordenes médicas	N°	%
Si	227	85,33
No	39	14,67
Total	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

4.3 COMPLICACIONES MAS FRECUENTES, QUE PRESENTARON LAS GESTANTES ANTE LA NO ASISTENCIA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL.

La tabla 10, evidencia que el 62% de las participantes presentó complicaciones durante el embarazo, mientras que el 38% no presentaron.

Tabla 10. Numero de gestantes que presentaron complicaciones ante la no asistencia al control prenatal

Presencia de complicaciones	N °	%
Si	165	62
No	101	38
TOTAL	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

Tabla 11. Complicaciones presentadas por las gestantes ante la no asistencia al programa de atención para el cuidado prenatal agrupadas por patologías.

PATOLOGIAS	N°	%
Anemia	199	75
Hipertensión inducida por el embarazo	52	20
Amenaza de parto pre término	34	13
Infección de vías urinarias	29	11
Diabetes gestacional	16	6
Hemorragias	9	3
Infecciones de transmisión sexual (ITS)	6	2
Presentación podálica	2	0,75
Sospecha de feto con malformación	2	0.75
Desprendimiento de placenta	2	0.75

Placenta previa	2	0.75
Retardo del crecimiento intrauterino	2	0.75

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

Tabla 12. Hospitalizaciones relacionadas con la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal.

GRUPO DE EDAD	SI	%
10 a 14 años (n=4)	0	0
15 a 19 años (n=74)	61	23,1
20 a 24 años (n=91)	92	34,6
25 a 29 años (n=49)	72	26,9
30 a 35 años (n=33)	20	7,7
36 años y más (n=15)	20	7,7
TOTAL	266	100

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

En la tabla 12, se observa que el grupo que más ha presentado hospitalizaciones producto de la inasistencia a los controles, son las gestantes que se encuentran en el rango de edad entre los 20 a 24 años con un 34,6%, seguido de las que se encuentran entre los 25 a 29 años con un 26,9 %, y las de 15 a 19 años, con un 23%.

4.4 FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL.

4.4.1 Factores culturales

En cuanto a los factores culturales se encontró que las participantes en el estudio, el 1,1% son Afrocolombianas y se encuentran entre los 20 a 24 años y mayores de 36. El 0,8% son indígenas y se encuentran entre los 20 a 29 años. (Tabla 12).

Tabla 13. Etnia por edad de las gestantes

GRUPO DE EDAD	% Afrocolombiano	% Indígena	% Mestizo
10 a 14 años (n=4)	0,0	0,0	1,5
15 a 19 años (n=74)	0,0	0,0	27,8
20 a 24 años (n=91)	0,8	0,4	33,1
25 a 29 años (n=49)	0,0	0,4	18,0
30 a 35 años (n=33)	0,0	0,0	12,4
36 años y más (n=15)	0,4	0,0	5,3
TOTAL	1,1	0,8	98,1

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

4.4.2 Factores sociales

Con relación a los factores sociales, la distribución permite evidenciar una razón estadística de interés entre asistente/inasistente con el estado civil “soltero” que indica que hay en la muestra 32 inasistentes solteras, por cada 3 solteras que cumplen con la asistencia a los controles; en orden de frecuencias la razón estadística también prioriza la aparente relación entre el estado civil “unión libre” y la inasistencia; la razón indica que en la muestra por cada 23 mujeres inasistentes en unión libre, hay 4 en el mismo estado civil que son asistentes. (Tabla 13)

Tabla 13. Edad y estado civil

Grupo de edad	Casada (n=27)	Separada (n=6)	Soltera (n=65)	Unión libre (n=168)
10 a 14 años	0,00	0,00	0,75	0,75
15 a 19 años	0,00	0,38	9,77	17,67
20 a 24 años	3,38	0,75	8,65	21,43
25 a 29 años	3,38	0,38	2,26	12,41
30 a 35 años	1,50	0,38	2,26	8,27
36 años y más	1,88	0,38	0,75	2,63
% inasistentes por estado civil	81,48	83,33	96,92	95,83
% asistentes por estado civil	18,52	16,67	3,08	4,17
Razón	4	5	32	23

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

4.4.3 Factores educativos

En cuanto al nivel educativo en la tabla 14, se evidencia que el 100% de las participantes entre los 10 a 14 años finalizaron la primaria; entre los 15 a 19 años en su mayoría han realizado primaria, solamente el 37,8% es bachiller; entre los 20 a 25 años, 69% son bachilleres y 20,9% realizaron estudios técnicos; de los 25 a 29 años son técnicos en su mayoría, los estudios universitarios solamente lo realizaron el 6%; la población comprendida entre los 30 a 35 años, en su mayoría también son técnicos y finalmente las mayores de 36 años son bachilleres y técnicos.

Tabla 14. Nivel educativo según grupos de edad

GRUPO DE EDAD	% Analfabeta	% Bachiller	% Primaria	% Técnico	% Universitario
10 A 14 AÑOS	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
15 A 19 AÑOS	0,0	37,8	59,5	2,7	0,0
20 A 24 AÑOS	0,0	69,2	9,9	20,9	0,0
25 A 29 AÑOS	2,0	36,7	4,1	51,0	6,1
30 A 35 AÑOS	0,0	33,3	18,2	48,5	0,0

36 AÑOS Y MAS	0,0	46,7	13,3	40,0	0,0
TOTAL	1	127	67	68	3

Fuente primaria: Información del instrumento aplicado

5. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados de las características sociodemográficas de la población de estudio, muestra que en su mayoría se encuentran entre los 20 a 24 años, seguido de las que tienen entre 15 a 19, hallazgos similares fueron encontrados en otros estudios a nivel internacional (37) y nacional (38-39).

Respecto al grupo étnico, la mayoría se auto identificaron como mestizas, de estrato socioeconómico bajo, procedencia urbana y habían cursado estudios de secundaria, los datos anteriores se asemeja a los evidenciados en los estudios realizados en Bucaramanga (40), Bolívar (2), Ecuador (11) y Venezuela (12).

Por otra parte, la OMS, define como factores protectores, a las características detectables que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud (41); al respecto en el presente estudio se ha encontrado que la edad, escolaridad, procedencia urbana, contar con una afiliación en salud, y vivir con su pareja, pueden asociarse como factores protectores para que las gestantes acudan a los servicios de salud para el cuidado materno.

Los datos muestran que el ingreso al programa para el cuidado materno, lo hicieron entre el primer y segundo trimestre de gestación, sin embargo la utilización del control no es adecuada, lo que evidencia una falla en la continuidad del servicio, y se resalta la importancia de la adherencia a los controles para el buen resultado del embarazo y la reducción y control de los riesgos que a este se asocian (4-5).

Para garantizar la calidad de los cuidados prenatales la cobertura de la atención prenatal debe garantizar la captación de la gestante antes de la semana 14 y realizar una consulta mensual hasta el último mes, donde debe realizar una consulta cada 15 días hasta el parto (34), al respecto se observó que el 56 % cumplió con los controles acorde a la edad gestacional; y las que no asistieron con puntualidad a este seguimiento, en su mayoría no tenía motivo para no asistir, solamente el 14% manifestó

que fue por enfermedad que no asistieron, lo cual puede deberse como lo expresa Machado et al (42) , que algunas gestantes no asisten al programa por desmotivación, estado de ánimo o no les gusta ir solas a las citas.

De acuerdo a los hallazgos encontrados las participantes que manifestaron no haber cumplido con los controles, indicaron que presentaron complicaciones como anemia y preeclampsia, lo que corrobora lo expresado por Castillo et al (2), la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal trae consigo muchas consecuencias dentro de las cuales se encuentran, las relacionadas con complicaciones obstétricas, como la preeclampsia.

Es de señalar que existen barreras para acceder al primer control y mantener la asistencia (43-44). Las barreras se relacionan con los costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, barreras administrativas, entre otras; al respecto, se encontró que el estado civil, como ser solteras o convivir en unión libre con su pareja; factores económicos y laborales; son resultados similares a los hallados por Castillo et al (2), Faneite et al (12), Betancourt-Ruiz, & García (45).

CONCLUSIONES

El estudio permitió identificar que las gestantes inscritas al programa de atención para el cuidado prenatal en las instituciones objeto de estudio, se encuentran mayormente entre los 20 a 24 años de edad; sin embargo llama la atención el porcentaje de menores de edad que se encuentran en embarazo. En mayor porcentaje son de bajo estrato socioeconómico, vinculadas al régimen subsidiado, mestizas, procedencia zona urbana, nivel de instrucción bachiller, y han trabajado durante la gestación.

Se logró identificar además, que los ingresos económicos del hogar dependen principalmente de su pareja, y el estado civil predominante es unión libre.

Ingresaron al programa de atención para el cuidado prenatal durante el primer y segundo trimestre de gestación, se encontró incumplimiento en el número de controles de acuerdo a la edad gestacional; y refirieron que no existía ningún motivo para la inasistencia a este seguimiento.

Las complicaciones más frecuentes, que manifestaron debido a la inasistencia al programa fue anemia, seguida de preeclampsia.

Finalmente, los factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal identificados fueron: personales, económico, y sociales.

Los factores personales encontrados son de tipo actitudinal y motivacional relacionados con la falta de interés de la gestante por asistir a los controles. Los factores de tipo social, hace referencia al poco apoyo emocional de la familia y de la pareja para acompañarlas a las citas. En cuanto a los factores económicos, se encuentran relacionados con los ingresos y dependencia económica.

RECOMENDACIONES

A la Universidad de Córdoba

Continuar con los procesos de investigación y motivación en su grupo de estudiantes, que contribuyan en el diagnóstico, e intervención de los problemas y necesidades reales de las instituciones del sector salud.

Consolidar el constructo teórico y práctico de situaciones reales para que las instituciones del sector salud ofrezcan una atención segura, de calidad y satisfaga las necesidades de los pacientes.

A la institución de salud

Diseñar estrategias para cumplir con el desafío de la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal (RIA) que plantea como uno de los hitos de desempeño el ingreso al programa de atención para el cuidado materno antes de la semana 10 de gestación.

Analizar las fallas existentes relacionadas con la continuidad del servicio que pueden depender de la mujer, su entorno familiar o de las condiciones en que se da el embarazo, para intervenirlas interdisciplinariamente e involucrar a la familia y comunidad en el cuidado de la madre e hijo.

Durante la atención prenatal se aborden aspectos fisiológicos y psicosociales, que favorezcan la detección temprana de alteraciones y prevención de complicaciones e igualmente actividades motivacionales de promoción de la importancia de la asistencia al control prenatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 00412 del 2000. Bogotá; 2000.
2. Castillo Ávila Irma Yolanda, Fortich Acuña Laura Milena, Padilla Yáñez Jessica, Monroy Gascón María Alejandra, Morales Pérez Yorleidis, Ahumada Tejera Angélica María. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Oct 29] ; 33(1): 62-71. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008&lng=es.
- 3.Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia.1991.Art. 49.
- 4.Organización Panamericana de la Salud. La Ruta Maternidad Segura. 2016 Disponible en https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&view=article&id=1195&Itemid=442. Consultado Octubre 25 de 2019
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>
7. Castillo Ávila Irma Yolanda, Fortich Acuña Laura Milena, Padilla Yáñez Jessica, Monroy Gascón María Alejandra, Morales Pérez Yorleidis, Ahumada Tejera Angélica María. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Oct 29] ;

33(1):62-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008&lng=es.

8. Álvarez M, Hinojosa MC, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev. Cubana Hig Epidemiol. 2011;49(3):420-33.

9. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 09 de 2020. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf

10. Fernández Y, García G, Estrada A, Kassandra O. Inasistencia al control prenatal: ¿Cuáles son los principales factores asociados?. CpD [Internet]. 6 de agosto de 2019 [citado 29 de octubre de 2020];10(1):9-16. Disponible en: <https://revista.usanpedro.edu.pe/index.php/CPD/article/view/350>

11. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An Fac med. 2018;79(2):131-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>

12. Faneite A Pedro, Rivera Clara, Rodríguez Fátima, Amato Rosanna, Moreno Shirley, Cangemi Lynmer. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 Sep [citado 2020 Oct 29] ; 69(3):147-151. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300002&lng=es.

13. Córdoba R, Escobar LP, Guzmán LL. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. RFS [Internet]. 9 de enero de 2012 [citado 29 de octubre de 2020];4(1):39-. Disponible en: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/118>

14. Guerrero, G. E. M., Cabrera, I. N., Rodríguez, Y. H., & Castellanos, J. E. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(3)333-342
15. Giraldo J, Marin D, Mejia A, Penagos R. Causas de inasistencia de las gestantes a programas de control prenatal, coomeva cartago, 2016. Repositorio digital [Internet]. 2020 [consultado 19 de septiembre de 2020]. 24. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/829/Causas%20de%20inasistencia%20de%20las%20gestantes%20a%20programas%20de%20control%20prenatal%2C%20COOMEVA%20Cartago%2C%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención preconcepcional. 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>
17. García-Balaguera c. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev la fac med* [internet]. 2017;65(2):305–10. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/59704>
18. Miranda mellado c. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*. 2016;32(3):436–19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
20. Social cm de s y p. Guía de práctica clínica (gpc) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: para mujeres en período de gestación 2014. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/inec/iets/gpc_ptes_embarazo.pdf

21. Osorio sp de, guzmán-gómez n. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, colombia. Rev colomb obstet ginecol [internet]. 2009;60(1):12–8. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214329004>
22. Gómez-de la Rosa F, Marrugo-Arnedo C, Florez-Tanus A, López-Pájaro K, Mazonettgranados E, Orozco-Africano J, et al. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. Salud publica mex. 2017;59(2):176–82.
23. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de CPN de rutina para embarazos de bajo riesgo. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007;4:CD000934. <http://doi.org/cv3h6q>.
24. Sánchez HR, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del CPN en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(5):377-380.
25. Factores que afectan el acceso y la utilización de los servicios de atención prenatal con énfasis en la atención a mujeres y niños de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Estudio cualitativo en veinte departamentos, Colombia, 2011- 2012. Disponible en: <https://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ref9-Barreras-de-Acceso.pdf>
26. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Jiménez-González C, Coral-Córdoba A, Ramírez-Solano P, Ramos-Navas N. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 212-227. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.ebas>

27. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Disponible en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/SaludMaternaCap2.sp.htm>
28. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley 50 de 1990.[En línea].Citado el día 23/04/2020.Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0050_90.pdf18
29. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993. Disponible en: <https://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
30. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
32. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015.(16 de febrero de 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
35. Hospital César Uribe Piedrahita. Disponible en: <https://www.hcup.gov.co/quienes-somos/nuestro-hospital>
- 36.Clínica Pajonal, Caucasia. Disponible en:

<https://sites.google.com/site/bibliotecaipsajonal/plataforma-estrategica>

37. Sánchez-Gómez, A., Cevallos, W., Grijalva, M. J., Silva-Ayçaguer, L. C., Tamayo, S., Jacobson, J. O., & Riera, C. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2016; 40: 341-346.

38. Manrique, F. D. M. C., & Ruiz-Rodríguez, M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2018; 69(1): 22-31.

39. Martínez M, Sierra M, Erazo A. Factores asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red de salud ladera IPS Siloé en la ciudad de Cali en año 2019.2019. [Consultado 26 Octubre 2020] Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/3036/1/FACTORES%20ASOCIADOS%20A%20LA%20INASISTENCIA.pdf>

40. Lozano A; Cala A; Molina H; factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ese hospital integrado sabana de torres. 2011 [Consultado 4 Noviembre 2020] Disponible En: <http://repository.ces.edu.co/handle/10946/1186>

41. Páramo, María de los Ángeles. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 2011; 29(1): 85-95. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

42. Machado S., Molinares A., Urzola L. y Valdés M. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo.2017. [Consultado 26 octubre 2020] Disponible en <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/637/1/T618.32%20F%20142.pdf>

43. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Issues in adolescent health and development. Ginebra: WHO, 2004.
44. Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., González, M. J., & Sanhueza, G. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *salud pública de México*, 55, 572-579.
45. Betancourt-Ruiz, A. M. B., & García, I. G. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 2020; 4(7): 74-96.

ANEXOS

ANEXO A. SOLICITUD DE AUTORIZACION A LA IPS



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
ESPECIALIZACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Montería 20 septiembre 2020

Dr.

Luis Octavio Gutiérrez Montes

Gerente

Hospital Cesar Uribe Piedrahita de Caucasia.

El Programa de Gerencia Administrativa de Salud de la Universidad de Córdoba lo saluda muy especialmente, deseando que usted se encuentre en perfecto estado de salud.

La presente comunicación solicita a usted como gerente del Hospital Cesar Uribe Piedrahita de Caucasia, su colaboración para acceder a la información requerida para la fase de ejecución del proyecto denominado **FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES DEL MUNICIPIO DE CAUCASIA**, que ha sido presentado por los estudiantes de III semestre Javier Martín Rubio Rodríguez identificado con la cédula 79.354.154 y Paola Margarita Cardona Montes identificada con la cédula 30.394.180, y es dirigido por la magíster Concepción Herrera Gutiérrez.

Para cumplir con los objetivos del proyecto, se requiere de usted les permita a los estudiantes arriba indicados el acceso a la información contenida en la base de datos de las gestantes atendidas en la Entidad durante el año 2019.

Con el fin que usted pueda verificar el uso que se dará a la información y en pro de un consentimiento informado, los estudiantes anexan el resumen ejecutivo del proyecto que contiene el planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología.

Así mismo el equipo investigador se compromete a hacer una socialización de los resultados de esta investigación en algún evento de la institución cuando usted a bien lo tenga.

Atte.

Concepción Herrera Gutiérrez

Coordinadora posgrado de Gerencia Administrativa de Salud





UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
ESPECIALIZACIONES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Montería 20 septiembre 2020

Magister
Salvador Berrocal Narváez
Gerente Clínica Pajonal de Caucasia.

El Programa de Gerencia Administrativa de Salud de la Universidad de Córdoba lo saluda muy especialmente, deseando que usted y su familia se encuentren en perfecto estado de salud.

Conocedores de su espíritu de apoyo y colaboración a los procesos investigativos, motiva la presente comunicación solicitar a usted como gerente de la Clínica Pajonal su colaboración para acceder a la información requerida para la fase de ejecución del proyecto denominado **FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES DEL MUNICIPIO DE CAUCASIA**, que ha sido presentado por los estudiantes de III semestre Javier Martín Rubio Rodríguez identificado con la cédula 79.354.154 y Paola Margarita Cardona Montes identificada con la cedula 30.394.180, y es dirigido por la magister Concepción Herrera Gutiérrez.

Para cumplir con los objetivos del proyecto, se requiere de usted les permita a los estudiantes arriba indicados el acceso a la información contenida en la base de datos de las gestantes atendidas en la entidad durante el año 2019.

Con el fin que usted pueda verificar el uso que se dará a la información y en pro de un consentimiento informado, los estudiantes anexan el resumen ejecutivo del proyecto que contiene el planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología

Así mismo el equipo investigador se compromete a hacer una socialización de los resultados de esta investigación en algún evento de la institución cuando usted a bien lo tenga.

Atte

Concepción Herrera Gutiérrez

Coordinadora posgrado de Gerencia

Administrativa de Salud

RECIBIDO
 Natalia Sahuano C.C. 1.043 011 445
 Clínica Pajonal

25/09/2020
 5:01 PM

Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
 Carrera 6ª. No. 77-305 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920
www.unicordoba.edu.co



ANEXO B. ENCUESTA

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD**

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES EN EL MUNICIPIO DE CAUCASIA EN EL AÑO 2019.

Objetivo: Recolectar los datos de la fuente primaria que permita establecer la caracterización de los factores que influyen en la inasistencia al control prenatal de gestantes en el municipio de Caucaasia en el año 2019.

Fecha de elaboración: _____

I. FACTORES PERSONALES

1. **Tipo de Identificación** RC _____ TI _____ CC _____ OTRA _____

2. **Edad** _____ años

3. **Etnia/raza** Afrocolombiano _____ Mestizo _____ Indígena _____
Mulatos _____ Otro _____ ROM (Gitano) _____ Raizal _____

4. **Condición Especial** Desplazado _____ Huérfana _____ Pobreza extrema _____ zona poblado protegido _____ Privación de la libertad _____

II. FACTORES SOCIOECONOMICOS

5. **Estado laboral durante mi gestación** SI trabajé durante mi gestación _____ NO trabajé durante mi gestación _____

6. **Nivel educativo** analfabeta _____ primaria _____ bachiller _____
técnico _____ universitario _____

7. **Económicamente en su gestación depende de** Padres _____ Pareja _____ familiares/amigos _____ Por sí misma _____

8. **Estado civil** Soltera _____ Unión libre _____ Casada _____ Separada _____ Viuda _____

9. Pertenece al régimen de salud Contributivo _____ Subsidiado _____
Especial _____ Otro _____ cual _____ Población pobre no
asegurada _____

10. Reside en zona Urbana _____ rural _____ Corregimiento/
vereda _____

11. Convivencia durante la gestación Padres/hermanos _____
Pareja _____ familia de la pareja _____ Amigos _____ Sola _____
Multifamiliar _____ Otro _____

12. Estrato Socioeconómico

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ Otro _____

III. FACTORES ASOCIADOS A LA GESTACION

13. Número de embarazos previos _____

14. Utilizaba algún método de planificación familiar SI _____ NO _____
CUAL _____

15. El embarazo actual fue planeado SI _____ NO _____

IV. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL

16. Edad gestacional al inicio del control prenatal _____ Semanas

17. A cuantos Controles prenatales asistió _____

18. A cuantos Controles prenatales no ha pudo asistir _____

19. Motivo al que atribuye la inasistencia al control prenatal
económico _____ enfermedad _____ no tiene acompañante _____
Transporte _____ alteración de orden público _____ alguien no se lo
permitió (amenaza) _____ laborales _____ no considera importante la
asistencia al CPN _____

20. Se ha realizado todos los exámenes y recomendaciones del CPN
SI _____ NO _____ Porque _____

21. Ha presentado alguna complicación durante el Embarazo Anemia _____
hipertensión inducida por el embarazo (*preclamsia*) _____ Infección de
transmisión sexual (ITS) _____ Diabetes gestacional _____ Placenta previa
_____ Desprendimiento de placenta _____ ruptura prematura de
membranas _____ desproporción _____ Cefalopélvica _____

Hemorragias _____ Amenaza de Parto prematuro _____ Retardo del crecimiento intrauterino _____ Preeclampsia _____ Oligoamnios-Polihidramnios _____ Sospecha de feto malformado o cromosómicamente anormal _____ Embarazo múltiple _____ Infección urinaria recurrente _____ Placenta previa con sangrado _____ Presentación podálica o transversa _____ Feto macrosómico _____ Ninguno _____

22. Ha sido hospitalizada durante el embarazo SI _____ NO _____ Por qué _____

23. La hospitalización estuvo relacionada con la inasistencia al control prenatal SI _____ NO _____ Por qué _____