



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*  
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – UNIVERSIDAD CES  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD- FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN EPIDEMIOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL  
EN GESTANTES DEL MUNICIPIO DE YOPAL  
CASANARE, COLOMBIA – 2011.**

**ZAIRY SOFIA MALAGÓN DÍAZ**

**BOGOTÁ D.C.  
2015**

**FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL  
EN GESTANTES DEL MUNICIPIO DE YOPAL  
CASANARE, COLOMBIA – 2011.**

**ZAIRY SOFIA MALAGÓN DÍAZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de  
especialista en Epidemiología**

**Asesor  
CARLOS TRILLOS  
Epidemiólogo**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO – UNIVERSIDAD CES  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD- FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C.  
2015**

## AUTORA

**Zairy Sofía Malagón Díaz F.T.**, [malagon.zairy@urosario.edu.co](mailto:malagon.zairy@urosario.edu.co), Fisioterapeuta de la Universidad del Rosario. Especialización en Epidemiología en curso Universidad del Rosario - CES. Experiencia en el desarrollo de actividades de salud pública y vigilancia epidemiológica en el municipio de Yopal.

## **AGRADECIMIENTOS**

Ofrezco mis agradecimientos a Dios, por darme la vida y sabiduría necesaria para alcanzar esta etapa en mi vida profesional y personal, A mi familia por el apoyo incondicional, por entender mis ausencias y la motivación permanente para obtener el nuevo título como Especialista en Epidemiología.

Gracias a la Universidad del Rosario y la Universidad CES de Antioquia, por permitirme acceder a esta especialización, para en un futuro contribuir con la salud pública de Colombia. También agradezco a todos los docentes por sus continuas enseñanzas para la búsqueda del camino hacia el conocimiento y desarrollo profesional.

Igualmente dirijo este reconocimiento a todas las personas, compañeras y entidades que hicieron posible la realización exitosa de esta investigación, principalmente a la Alcaldía de Yopal que a través de la Secretaría de Salud Municipal permitió este estudio con la información obtenida a través de sus actividades de Salud Pública.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	13
1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	15
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	16
2 JUSTIFICACIÓN .....	17
3 MARCO TEÓRICO.....	19
4 OBJETIVOS .....	27
4.1 PROPÓSITO.....	27
4.2 OBJETIVO GENERAL .....	27
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	27
5 METODOLOGÍA.....	28
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	28
5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	28
5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	28
5.4 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO .....	28
5.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	29
5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	29
5.7 Criterios de selección.....	31
5.7.1 Criterios de inclusión .....	31
5.7.2 Criterios de exclusión .....	31
5.8 Variables del estudio.....	32
5.9 Matriz de variables .....	32

5.10	Análisis estadístico.....	38
5.11	Consideraciones éticas .....	38
6	RESULTADOS.....	40
7.	DISCUSIÓN.....	54
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	61
10	ANEXOS.....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS

**UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas

**AVAD:** Años de Vida Ajustados a Discapacidad

**CPN:** Control Prenatal

**ESE:** Empresa Social del Estado

**FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía.

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Diagrama de variables .....	32



## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución porcentual según afiliación a EPS.....	41
Gráfico 2. Distribución porcentual evaluación de riesgo de entorno social .....	44
Gráfico 3. Distribución porcentual evaluación de riesgos entorno socio familiar .....	45
Gráfico 4. Distribución porcentual evaluación de riesgos entorno socio familiar .....	46
Gráfico 5. Distribución porcentual análisis de barreras para la atención.....	46

## LISTA DE TABLAS

	<i>Pág.</i>
Tabla 1. Distribución porcentual por comuna, vereda y barrios del municipio de Yopal. 2011. ....	40
Tabla 2. Análisis de antecedentes obstétricos .....	42
Tabla 3. Distribución porcentual datos económicos .....	43
Tabla 4. Distribución porcentual análisis psicosocial.....	43
Tabla 5. Distribución porcentual análisis de convivencia .....	45
Tabla 6. Asociación variables régimen de salud y adherencia CPN .....	48
Tabla 7. Asociación variables semanas de gestación y adherencia CPN .....	49
Tabla 8. Asociación variables número de abortos y adherencia CPN.....	50
Tabla 9. Asociación variables embarazo planeado y adherencia al CPN .....	51
Tabla 10. Asociación variable apoyo familiar y adherencia al CPN .....	51
Tabla 11. Asociación variable compartir el espacio con cónyuge y adherencia al CPN	52
Tabla 12. Asociación variable convivir con familia materna y adherencia al CPN .....	52
Tabla 13. Asociación variables barreras de cumplimiento por oportunidad de asignación de citas y adherencia CPN .....	53
Tabla 14. Asociación variables insatisfacción del servicio y adherencia al CPN.....	53

## RESUMEN

**Introducción:** Según OMS en 2011, 536.000 mujeres murieron en el mundo por causas relacionadas al embarazo y el parto; obteniendo Colombia índices altos de mortalidad materna (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010); mientras Casanare reportó cuatro casos en 2009, y Yopal en 2010 alcanzó una tasa de 66,5 por 100.000 NV (Plan de desarrollo municipio de Yopal); por tanto se busca identificar factores que afectan la adherencia al control prenatal. **Metodología:** Estudio observacional de prevalencia analítica realizado con datos de gestantes de Yopal (Casanare) canalizadas por Intervenciones Colectivas 2011, con una muestra de 621 gestantes en las semanas de gestación 8,12,16,20,24,28,32,36,38 y 40.. **Resultados:** La adherencia al control prenatal fue del 15% y los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con adherencia al control prenatal fueron: régimen de salud ( $P=0.010$ ); semana de gestación ( $p=0.000$ ); trimestre del embarazo, antecedentes de abortos, apoyo económico ( $OR=1.738$ ;  $IC=95\%$ ; 1.026-2.945); embarazo planeado, soporte familiar, satisfacción de compartir tiempo y espacio con el cónyuge ( $p=0.009$ , 0.001, 0.006); *convivencia con familia materna* ( $P=0.032$ ), razón de verosimilitud 0.046, y valor  $OR=0.444$ ;  $IC=95\%$ ; 0.208 – 0.948; y se identificaron barreras como inoportunidad de citas e insatisfacción por los servicios, donde el 98,9% de gestantes que no las encontraron tuvieron adherencia al control prenatal. **Conclusión:** Es necesario fortalecer programas de promoción de salud materna, control prenatal, prevención del embarazo adolescente y derechos de la mujer; reforzando acciones de vigilancia para disminuir las barreras de aseguramiento y calidad de los servicios.

**Palabras clave:** Atención prenatal, embarazo, mujer embarazada, mortalidad materna.

## ABSTRACT

**Introduction:** According to WHO in 2011, 536.000 women died worldwide from causes related to pregnancy and delivery; Colombia had high rates of maternal mortality (UNFPA, 2010); while Casanare reported four cases in 2009, and Yopal in 2010 reached a rate of 66,5 per 100.000 NV (Development Plan Yopal municipality); therefore it seeks to identify factors affecting adherence to prenatal care. **Methods:** Observational study of analytical prevalence realized with dates of pregnant women from Yopal (Casanare) channeled through collective interventions 2011, with a sample of 621 pregnant women in the weeks gestation 8,12,16,20,24,28,32,36, 38 and 40. **Results:** The adherence to prenatal care was 15% and the factors which showed statistically significant association with adherence were prenatal health regimen ( $P = 0.010$ ); week of gestation ( $p = 0.000$ ); trimester of pregnancy, previous abortions, financial support ( $OR = 1.738$ ,  $CI = 95\%$ ; 1026-2945); planned pregnancy, familial support, satisfaction of sharing time and space with spouse ( $p = 0.009$ ,  $0.001$ ,  $0.006$ ); *living with mother's family* ( $P = 0.032$ ), likelihood ratio 0.046 and  $OR = 0.444$  value;  $CI = 95\%$ ; 0208-0948; and were identified barriers as appointments innapropiated and dissatisfaction with services, where 98,9% of pregnant women whose did not find such barriers had adherence to prenatal care. **Conclusión:** Conclusion: It is necessary to strengthen programs to promote maternal health, prenatal care, teen pregnancy prevention and women's rights; strengthening surveillance actions to reduce barriers assurance services and quality of the services.

**Key words:** prenatal care, pregnancy, pregnant woman, maternal mortality

## INTRODUCCIÓN

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 es reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna. En América Latina y el Caribe en la década pasada se mantuvo en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos. Además de la infertilidad, la incidencia de morbilidad y discapacidad resultante del inadecuado control de los embarazos y partos es alta (Naciones Unidas, 2005). Las estadísticas sanitarias de 2011, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que la cifra de mujeres que mueren a consecuencia de complicaciones del embarazo y el parto ha descendido un 34%, pasando de 546.000 en 1990 a 358.000 en 2008. El 80% de las mujeres embarazadas asistieron por lo menos una vez al control prenatal durante el periodo de 2000 a 2012, y el 53% asistieron por lo menos a cuatro controles prenatales (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En América Latina y el Caribe se reportó una tasa de mortalidad materna de 66 por 100.000 nacidos vivos para el año 2008. El panorama a nivel nacional es similar ya que la tasa de mortalidad fue de 85 por 100.000 nacidos vivos en el mismo año, siendo mayor al promedio regional (Organización Mundial de la Salud, 2012). A pesar de que globalmente se ha reportado una reducción en las cifras, los valores evidencian que la morbimortalidad materna y sus factores determinantes constituyen un grave problema de salud pública. Esto refleja la relevancia de aquellos eventos en salud materna que son totalmente evitables con una detección temprana mediante un adecuado control prenatal (Naciones Unidas, 2005).

Para prevenir las muertes maternas, se ha recomendado mejorar el acceso a la planificación familiar voluntaria, promover la formación del personal de salud y asegurar el acceso a la atención obstétrica. En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la OPS/OMS, ha venido realizando importantes esfuerzos para reducir

la mortalidad materna. Sin embargo, persisten problemas de calidad en los servicios y existen diferencias territoriales que confirman la relación entre la desigualdad social y la muerte de mujeres gestantes (Naciones Unidas, 2012). En el Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010) se definieron prioridades nacionales las cuales son consecuentes con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, siendo una de ellas la salud sexual y reproductiva (Ministerio de la Protección Social, 2007). El propósito es garantizar las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongar la vida y los años de vida libres de enfermedad promoviendo condiciones y estilos de vida saludables y prevenir riesgos para la salud.

El municipio de Yopal es una de las capitales departamentales más jóvenes de Colombia. Es importante fuente de recursos naturales para el país con gran variedad de fauna y flora (Municipio de Yopal, 2007). Sin embargo, su acelerado crecimiento demográfico, ha impactado en la necesidad de satisfacer necesidades que demanda la población como la atención especial a las mujeres en gestación. De esta manera, la presente investigación pretende analizar los factores asociados a la asistencia al control prenatal de las gestantes del municipio de Yopal, identificadas a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) durante el año 2011.

## 1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A pesar de las estrategias desarrolladas en muchos países, las cifras de morbimortalidad materno-fetal demuestran ser elevadas. Por este motivo se ha generado gran interés por conocer los factores que afectan la adherencia de las gestantes a los controles prenatales. En algunos estudios se ha evidenciado que muchas mujeres no reciben atención prenatal adecuada ya que inician sus controles tardíamente. La deficiente asistencia a la atención prenatal se ha asociado con bajo nivel socioeconómico y educativo, además de factores demográficos. Por lo anterior se deduce que la educación en salud, tanto para mujeres y esposos, debe fortalecerse para mejorar la salud materna y deben destinarse mayores recursos financieros a la atención prenatal (Zhao et al., 2012).

En Perú, se han realizado investigaciones al respecto donde se ha identificado una asociación de control prenatal (CPN) inadecuada, multiparidad y gestación no planificada (Arizpe, 2011). En otros países como China, se ha evidenciado que en las provincias el promedio de visitas a la atención prenatal es de tres, y solo el 53,6% tuvo una valoración en el primer trimestre. La inasistencia fue relacionada con edad de la madre, nivel de educación y el lugar del control prenatal (Wang, 2012). Asimismo, en Ecuador en 2011 se publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar factores asociados a la adherencia al control prenatal. Dicho trabajo mostró que a pesar de que las mujeres tenían conocimientos sobre los procedimientos y prácticas del CPN son los factores culturales, étnicos, socioeconómicos, educativos y la percepción de la calidad de la atención los que tenían mayor asociación en la adherencia al CPN. Además, se logró identificar que los servicios gratuitos se asocian a percepción de mala calidad en la atención y a tiempo prolongado de espera (Rosales et al., 2011).

En Colombia, el Plan de Intervenciones colectivas (PIC) incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a promover la salud, la calidad de vida, la prevención, el control de riesgos y los daños en salud para

contribuir al cumplimiento de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública (Congreso de la República, 2011). En el departamento del Casanare en 2008, la mortalidad materna aunque fue inferior a la tasa nacional, mostró una tendencia al aumento pasando de 34,20 por 100.000 en el año 2000 a 49,20. Los trastornos hipertensivos del embarazo, las complicaciones del trabajo de parto y las complicaciones relacionadas con el puerperio fueron las principales causas de muerte materna. En los casos de mortalidad perinatal ocurridos en el 2006, se encontró que el 84,7% correspondió a gestantes de baja escolaridad (primaria incompleta), el 72,88% no contaban con servicios públicos, el 66,1% de las maternas no tenían pareja estable, el 28,81% presentaron quejas sobre violencia intrafamiliar y el 30,5% presentaban deficiencias en la prestación de los servicios de salud y dificultades por barreras administrativas (Gobernación del Casanare, 2008).

El Plan de Desarrollo de Casanare 2008-2011 en materia de vigilancia en salud pública de las gestantes, incluyó una serie de estrategias encaminadas a reducir la mortalidad y morbilidad materna a través del PIC del municipio lo que permitió en el año 2011 identificar y canalizar a 1201 gestantes nuevas y realizar seguimiento a 1.500 gestantes mediante la búsqueda activa comunitaria, creando una base de datos unificada de gestantes del municipio de Yopal cuyas características pueden ser analizadas para identificar factores que intervienen en la adherencia a los programas de salud sexual y reproductiva del municipio.

## **1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

En mujeres gestantes canalizadas por el PIC del municipio de Yopal en 2011 ¿Cuáles son los factores asociados con la adherencia a las consultas del control prenatal?



## 2 JUSTIFICACIÓN

La adherencia a los programas de Control Prenatal CPN permite a las gestantes mantener su salud durante el embarazo y el postparto. La inasistencia a este programa y el incumplimiento de las recomendaciones médicas, conduce a riesgos en la salud de la madre y el niño que pueden manifestarse posteriormente en alteraciones graves y en algunos casos en mortalidad materna y/o perinatal. Según estadísticas emitidas por la OMS en 2011, 536.000 mujeres mueren al año por causas relacionadas con el embarazo y el parto alrededor del mundo (Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2011). Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna, después de Bolivia, Perú y Paraguay (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010). En el ámbito local, Casanare reportó cuatro casos de mortalidad materna para el año 2009 similar para el municipio de Yopal en el 2010 que presentó una tasa acumulada de mortalidad materna de 66,5 por 100.000 nacidos vivos (Plan de desarrollo municipio de Yopal).

En 2006 se publicó el documento Prioridades para el Control de Enfermedades en Países en Desarrollo. Fue divulgado por la Universidad de Oxford y el Banco Mundial quien realizó un análisis de costo-efectividad de las intervenciones en salud. Dicho informe, indicó que el aumento en la cobertura del uso de un conjunto de intervenciones a nivel primario durante la gestación es una medida extremadamente costo-efectiva generando un ahorro de USD\$ 3337 a \$6129 por muerte evitada y US\$ 92 a \$148 por años de vida ajustados a discapacidad evitados (AVAD). Las mejoras en la calidad de la atención prenatal y el parto son semejantes en cuanto a costo-efectividad y adicionalmente, mejorar la atención y ampliar la cobertura tienen un costo-efectividad similar (Laxminarayan, Chow, Shahid, 2010).

En 2011, México realizó un análisis de costos de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Dicho plan es una asociación público-privada que respalda económicamente a los gobiernos de la zona para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio mediante la implementación de soluciones encaminadas a la extensión de

la cobertura, calidad y utilización de servicios básicos, además del enfoque en nutrición materna e infantil, vacunación, malaria y dengue. El gobierno mexicano evaluó si los beneficios obtenidos al prestar el conjunto de intervenciones en salud contempladas en la iniciativa justificaban sus costos dentro de las intervenciones en los servicios de prevención estaba el CPN. La iniciativa se dirigió a reforzar el CPN para conseguir mejores resultados en salud teniendo en cuenta que el análisis de costo-efectividad fue cuantificado con el retorno a la inversión mediante años de vida ajustados por incapacidad evitados concluyendo que el CPN y la atención del parto evitan aproximadamente 25.020 AVAD (Misas y Ávila, 2011).

A nivel mundial se ha implementado la estrategia del programa de CPN. Dicha estrategia, se puede definir como la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y los cuidados del recién nacido (Rivera, 2008). En Colombia todas las actividades encaminadas al fortalecimiento del programa de CPN son de vital importancia. De igual manera, todas las investigaciones en cuanto a factores que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y el bienestar de las gestantes adquieren gran relevancia debido a los actores que surgen como potenciales beneficiarios dentro de los que se pueden mencionar: el sistema de salud, los tomadores de decisiones, la familia de la gestante y por supuesto, el binomio madre-hijo.

### 3 MARCO TEÓRICO

El Control prenatal (CPN) pretende reducir la morbimortalidad materna y perinatal, así como los partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer. También pretende identificar factores de riesgo lo cual hace posible plantear acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo (Sánchez, 2005). El cuidado materno es una prioridad para la OMS y dicho programa hace parte de las políticas públicas. Sin embargo, no todas las mujeres acceden a los controles prenatales y algunas no logran una óptima adherencia a las recomendaciones médicas, muchas veces debido a barreras ajenas a la gestante (Cáceres, 2009).

En Colombia, el CPN está definido como un “conjunto de acciones y actividades que se realizan 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 Distrital de Salud, 2007). Esta estrategia se encuentra reglamentada por la Resolución 412 del 2000. Mediante dicha resolución, se estableció la implementación de actividades, intervenciones y procedimientos tendientes a la detección temprana de los eventos de interés en salud pública. Bajo esta normatividad, todas las instituciones han creado modelos que permiten establecer el proceso de atención en las gestantes con el objetivo de prestar un servicio con calidad que genere sensibilización sobre la importancia de estos controles para la salud de la madre y el bebé. Por tal motivo es esencial que las entidades de salud garanticen una atención cálida que permita que la gestante se adhiera a los CPN para realizar un adecuado seguimiento y monitoreo durante todo el periodo de gestación.

El CPN tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.

- Las intervenciones médicas y psicosociales (Secretaría Distrital de Salud, 2007).

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que a su vez, caracterizan un buen programa de CPN. Tales objetivos son:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Determinar la condición y el crecimiento fetal.
- Detectar la condición de salud materna.
- Promover la educación materna y del núcleo familiar mediante actividades de promoción y prevención (Secretaría Distrital de Salud, 2007).

La adherencia al CPN comprende tanto la asistencia al control como el cumplimiento de las recomendaciones dadas (Cáceres, 2009). Estadísticas de la OMS, reportan que el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN (World Health Organization, 1997). Sin embargo, las consultas de CPN no solo implican el número de visitas sino el momento en el que fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. El inicio de la atención prenatal desde el primer mes del embarazo y consultas periódicas mínimo una vez al mes hasta el momento del parto, permite identificar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal.

Los eventos de morbilidad más frecuentes son: hemorragia, infecciones y trastornos hipertensivos del embarazo. Por otro lado, la morbilidad perinatal comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfixia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria. Dichos eventos pueden agravarse y llevar a la muerte y otros

problemas como que al morir la madre, la probabilidad de que el hijo muera es mayor. Esto evidencia la importancia de la adherencia a los controles prenatales para evitar problemas relacionados con el binomio madre-hijo. Adicionalmente, su tratamiento oportuno significa un menor costo en la atención posterior y mejora la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.

A partir de la Resolución 412 de 2000 expedida por el Ministerio de Salud colombiano, se establecieron las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento para la atención de enfermedades de interés en salud pública (Ministerio de Salud, 2000). De acuerdo con la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, se deben implementar mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes (antes de la semana 14 de gestación) para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo, y se tienen definidas las actividades que se deben realizar en cada una de las consultas del CPN (Ministerio de Salud, 2000).

La periodicidad de los controles prenatales está definida como una vez al mes hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto (Ministerio de Salud, 2000). Pese a la expedición de esa norma de obligatorio cumplimiento, según estadísticas sanitarias mundiales de 2011 emitidas por la OMS, Colombia es el cuarto país de Suramérica con el índice más alto de mortalidad materna después de Bolivia, Perú y Paraguay (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para el caso del departamento del Casanare, la mortalidad materna ha mostrado una tendencia al incremento, pasando de 34,20 por 100.000 en el año 2000 a 49,20 en 2006. Los municipios con mayores tasas fueron Chámeza, Hato Corozal y Trinidad. No siendo muy diferentes las cifras para Yopal donde en 2010 se presentó una tasa acumulada de mortalidad materna de 66,5 por 100.000 nacidos vivos (Alcaldía Mayor de Yopal, 2011).

En el análisis de los casos de mortalidad perinatal de 2006 se encontró que el 84,7% de los casos correspondieron a gestantes de baja escolaridad (primaria incompleta), el 72,88% no contaba en su vivienda con servicios públicos, el 66,1%

no tenía una pareja estable, el 28,81% presentó quejas sobre violencia intrafamiliar y el 30,5% de los casos analizados presentó deficiencias en la prestación de los servicios de salud y dificultades por barreras administrativas. Se hace evidente que no todas las gestantes están accediendo al control prenatal, no logran adherencia a las recomendaciones médicas o la calidad de la atención no es la ideal para lograr una adecuada adherencia a las actividades del CPN.

El que una gestante se adhiera a los controles prenatales, puede verse influenciado por diversos factores. Dentro de estos se pueden mencionar el tipo de aseguramiento al régimen de seguridad social, factores culturales, económicos, sociales y otras variables directamente relacionadas con el servicio como oportunidad en las citas de control, insatisfacción con los servicios prestados y/o difícil accesibilidad geográfica a la entidad de salud. El Plan de Desarrollo de Casanare 2008-2011 en materia de vigilancia en salud pública de las gestantes, incluyó una serie de estrategias encaminadas a reducir la mortalidad y morbilidad materna a través del PIC anual, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el Plan de Intervenciones Colectivas 2008-2011, se estableció como reto brindar “Salud Integral: Comunidades y Entornos Saludables”, y a través de su programa de salud pública se definieron como metas en relación con la salud materna y perinatal:

- Mantener la tasa de mortalidad materna por debajo de 49,20 por 100.000 nacidos vivos.
- Reducir y mantener por debajo de 2,9 hijos la fecundidad global en mujeres entre 15 y 49 años.
- Reducir la proporción de embarazos en menores de 19 años al 25%.
- Reducir a 29% la cifra de gestantes con bajo peso.

- Participación comunitaria activa en el 100% de los programas de salud y de los niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Control prenatal adecuado en un 95% anualmente.
- Vigilancia al 100% de las Entidades Promotoras de Salud en el cumplimiento de los indicadores de la atención al embarazo, parto y puerperio.

El presente trabajo se fundamenta en la identificación de factores asociados a la adherencia del control prenatal. Para llevar a cabo este estudio es esencial conocer antecedentes de la literatura así como algunos de los estudios relacionados con el tema hasta el momento.

Se describen a continuación algunos estudios que se consideraron relevantes tras las búsquedas online en español utilizando términos libres y los siguientes descriptores: *Atención prenatal, embarazo, mujer embarazada, mortalidad materna.*

*Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios De Tan guarín y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009 agosto de 2010:* Es un estudio descriptivo retrospectivo el cual mide los conocimientos de las madres acerca de sus actividades durante el embarazo. Se encontró que existe la percepción de que la gratuidad de los servicios, en el Sub Centro de Salud se asocia a mala calidad de atención, tiempo de espera prolongado y falta de calidez en el trato al usuario. Se resaltó la petición de mejorar la infraestructura y la dotación de los servicios y un mejor cumplimiento con los turnos y horarios de trabajo (Rosales, 2010).

*Facilitadores y barreras para la adherencia al control prenatal, en gestantes residentes en la comuna 12 de Buenaventura, Valle, en el año 2008:* Este estudio tiene como objetivo establecer las condiciones facilitadores para la adherencia al control prenatal y sus barreras desde la percepción de las gestantes residentes en la comuna 12 del municipio de Buenaventura. Se entrevistaron las mujeres gestantes según un plan de muestreo simple con saturación en cinco sectores de

la comuna 12 encontrando que hay mayor adherencia a los controles prenatales en las mujeres del régimen contributivo que en las no aseguradas (Bolaños, 2010).

*Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007:* Evaluación de la utilización adecuada del CPN en Bogotá a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 con un análisis de los factores relacionados. Los resultados del análisis muestran que la población gestante de Bogotá que asiste a los servicios de salud es en su mayoría joven, dedicada al hogar y a trabajos remunerados, pertenecientes a niveles 1, 2 y 3 del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y afiliada a régimen subsidiado o no afiliada (Castro, 2009).

*Control prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal:* Estudio observacional analítico que muestra la relación entre el número de controles prenatales e indicadores de riesgo biológico-social y daño perinatal en los nacimientos registrados en el Sistema Informático Perinatal de Buenos Aires entre 1988 y 1994, controlados para la edad gestacional (EG: 38-41 semanas) (n=28.346) encontrando asociación entre ausencia de control prenatal (20,8%) y Retardo en el Crecimiento Intrauterino (p=0.01), Muerte fetal (p=0.001) y Muerte Neonatal (p=0.370). La edad gestacional a la primera consulta fue tardía (28 +/- 8 semanas) sin relación con los factores de riesgo o daño. Las diferencias según nivel educacional no fueron clínicamente relevantes y el comienzo del control prenatal fue tardío mayormente en multíparas (Grandi, 1997).

*El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía:* Estudio de casos y controles que presenta el impacto del control prenatal inadecuado en la muerte fetal tardía, tomando 97 casos y 291 controles seleccionados en el Hospital Regional del instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. Se clasificó el control prenatal en los grupos como “adecuado” cuando se realizaba el primer control prenatal en el primer cuatrimestre del embarazo y si la proporción de visitas prenatales realizadas era



mayor del 80% en relación a las esperadas e “inadecuado” cuando no reunía esas características, se analizaron los datos a través de cuadros de contingencia y por medio de la regresión logística. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal “inadecuado” y la muerte fetal tardía (OR=3.74; IC=1.6 – 8.5) (Alfaro, 1995).

Aunque existen estudios que determinan las barreras y facilitadores para acceder a los controles prenatales, es necesario individualizar esta relación con la adherencia a los CPN, de cada región de Colombia, ya que los estudios discrepan en los resultados. Sin embargo, se encontraron los siguientes estudios realizados en Colombia relacionados con el control prenatal:

*Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009:* Estudio analítico de casos y controles basado en revisión de historias clínicas de las gestantes que asistieron a CPN antes y después del primer trimestre de embarazo durante septiembre a diciembre de 2009 en la ESE San Sebastián de la Plata (Huila). El objetivo fue determinar factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. Se tomaron 139 casos (gestantes con inicio tardío de los controles prenatales) y 149 controles. Esta investigación permitió determinar que la edad, el régimen de afiliación en salud, con diferencia significativa la educación (OR=1.85, I.C 95%= 1.05-3.14 p=0.015) y la paridad (I.C 95%: 1.15-5.52; p-valor: 0.011), se encuentran asociados con el inicio tardío del control prenatal. La conclusión final del estudio fue que el embarazo en adolescentes, el bajo nivel educativo y las mujeres con cuatro a seis embarazos previos son los principales factores asociados al inicio tardío del control prenatal después del primer trimestre (Córdoba, Escobar, Guzmán, 2009).

*El Control Prenatal una Reflexión Urgente:* Este artículo de reflexión asocia la adherencia al CPN tanto con la asistencia al control como con el cumplimiento de las recomendaciones dadas en el mismo; de igual manera hace referencia a que entre los factores más relacionados con la baja adherencia a esta actividad se

encuentra la edad, los bajos ingresos económicos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, bajas condiciones socioeconómicas, falta de estabilidad emocional, barreras financiera, falta de seguridad social en salud y el maltrato físico (Manrique, 2009).

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 PROPÓSITO**

El siguiente trabajo pretende reconocer los factores que están relacionados con la asistencia de las gestantes a los controles prenatales para direccionar las acciones de promoción y prevención desde la entidad territorial municipal en salud; disminuyendo así la incidencia de casos de morbilidad materna y perinatal en el Municipio de Yopal.

### **4.2 OBJETIVO GENERAL**

ESTABLECER LOS FACTORES ASOCIADOS QUE INTERVIENEN EN LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES DEL MUNICIPIO DE YOPAL CANALIZADAS EN EL PIC DE 2011.

### **4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características demográficas de las gestantes canalizadas en el Plan de Intervenciones Colectivas del municipio de Yopal en 2011.
- Determinar la prevalencia de la adherencia al programa de CPN.
- Identificar factores psicosociales, culturales, demográficos, económicos y de aseguramiento; prevenibles asociados a la inadecuada asistencia a los controles prenatales.

## **5 METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente es un estudio observacional de prevalencia analítica. Se realizó con datos del municipio de Yopal mediante datos recopilados de las actividades de promoción y prevención del PIC durante el año 2011. Se tuvieron en cuenta datos de tiempo, lugar y persona con el objeto de medir la asistencia de las gestantes a las consultas de control prenatal y estudiar las posibles asociaciones entre la asistencia a dichos controles y algunos factores de aseguramiento, demográficos, obstétricos, psicosociales, culturales y económicos identificados en la base de datos.

### **5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población objeto de estudio fue las gestantes canalizadas e identificadas a través de las actividades de promoción y prevención del PIC del municipio de Yopal en el año 2011. La población elegible fueron aquellas que quedaron tras depurar la base de datos después de aplicar los criterios de selección previamente establecidos.

### **5.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

La muestra se seleccionó utilizando un proceso de depuración de la base de datos de las gestantes canalizadas a través de las actividades de promoción y prevención del PIC en 2011 en el municipio de Yopal, con el programa Microsoft Office Acces® versión 2010.

### **5.4 PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO**

La población de estudio fue tomada de la base de datos de gestantes canalizadas a través de las actividades de la línea de salud sexual y reproductiva del PIC en 2011 en el municipio de Yopal. La base de datos fue creada a través de búsqueda activa comunitaria en las actividades de salud Sexual y Reproductiva entre

el 1 de octubre de 2011 y el 18 de enero de 2012 e incluía población del Régimen Subsidiado, Contributivo, Especial y Pobre no afiliada. La base de datos constaba de 2701 registros de gestantes de la zona urbana y rural. Se realizó depuración de registros duplicados tomando como referencia los datos de documento de identidad, primer nombre, primer apellido y edad de la gestante, dejando como resultado 2124 datos individuales. Posteriormente se refinó la selección para los registros que cumplían los criterios apropiados para un total final de 621 registros los cuales se procesaron en su totalidad.

## **5.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para este estudio se tomó una fuente de información secundaria obtenida a través de una base de datos que compiló la información recolectada mediante la aplicación de una ficha de identificación y caracterización de las gestantes. Dicho instrumento fue diseñado con el propósito de recolectar la mayor cantidad de datos relacionados con localización, aspectos económicos, sociales, culturales, psicosociales, familiares y servicios de salud disponibles. Esta herramienta fue elaborada por un comité asesor contratado por la Institución ejecutora del PIC el cual contó con la participación de una enfermera jefe, un ginecólogo y una psicóloga. Posteriormente se realizó una prueba piloto, que identificó falencias o dificultades relacionadas con el tipo de pregunta por lo que se realizaron modificaciones en la ficha. Adicionalmente se realizó la revisión y aprobación del instrumento a través de acta de reunión por parte de la Secretaria de Salud Municipal y la referente municipal de la línea de salud sexual y reproductiva. Después de la aprobación, se seleccionó como grupo auxiliar de la investigación a 15 técnicos en enfermería a quienes se les socializó y capacitó para la adecuada aplicación de la ficha y la recolección de datos.

## **5.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para recoger la información que se utilizó para construir la base de datos que utilizó esta investigación se aplicó una estrategia de visita a la vivienda y búsqueda activa institucional. Las zonas fueron entregadas a las auxiliares mediante un mapeo. Para esta actividad fueron contratados tres profesionales en

enfermería con el fin de coordinar y realizar seguimiento al trabajo de campo; desarrollando las siguientes actividades:

- Seguimiento y acompañamiento a los técnicos en el trabajo de aplicación de la ficha.
- Verificación de los formatos una vez diligenciados con el fin de corroborar la calidad de la información y el diligenciamiento del formato.

Posteriormente estos registros fueron entregados al ingeniero para dar inicio al proceso de sistematización de las fichas técnicas para la identificación y caracterización de gestantes. La información obtenida mediante la aplicación de la ficha para la identificación y caracterización de gestantes fue compilada en un archivo de Microsoft Excel. Esta base de datos fue diseñada en dos hojas de cálculo; en la primera se consolidó la información de las nuevas gestantes canalizadas y en la segunda de control y seguimiento.

La base de datos fue diseñada y programada para garantizar que la información ingresada perteneciera a la pregunta realizada. De esta manera cada columna tenía limitadas las opciones de respuesta o de información. Además, cada hoja de cálculo fue configurada para evitar duplicidad de la información en nombres con apellidos y documento de identificación. La base de datos contaba originalmente con 120 columnas de información, donde fueron ingresadas un total de 2.701 de acuerdo a las particularidades descritas anteriormente. Es importante mencionar que cada ingresada a la base de datos fue previamente verificada en el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) con el fin de corroborar la existencia de la persona.

La base de datos completa fue manejada desde un servidor central el cual era operado por un ingeniero de sistemas. Sin embargo, el ingreso de la información se realizó desde cuatro computadores a los cuales les fue instalado el aplicativo, un antivirus que funcionaba con contraseña de usuario. Además, fueron contratados y capacitados seis digitadores para garantizar el ingreso de la

información en el tiempo necesario y destinado para esta actividad debido a que debían ingresar la información recopilada en todas las actividades del PIC 2011.

## **5.7 Criterios de selección**

### **5.7.1 Criterios de inclusión**

- Mujer en periodo de gestación que al momento de la inclusión en la base de datos se encontraba en la semana 8, 12, 16, 20, 24, 32, 36, 38 o 40 de gestación; siguiendo la Resolución 412 del 2000 en la guía 3 para la detección temprana de las alteraciones en el embarazo, donde se plantea la periodicidad de asistencia a las consultas de control prenatal durante la gestación; en la cual se especifica asistencia a estos controles de manera mensual hasta la semana 32 y cada 15 días hasta el parto.
- Gestante canalizada a través de las actividades de promoción y prevención del PIC del municipio de Yopal en 2011.

### **5.7.2 Criterios de exclusión**

- Mujer en periodo de gestación que estuviera duplicada en la base de datos.
- Mujer en periodo de gestación cuya información apareciera incompleta en la base de datos, tomando como referencia al menos una variable sin información.

## 5.8 Variables del estudio

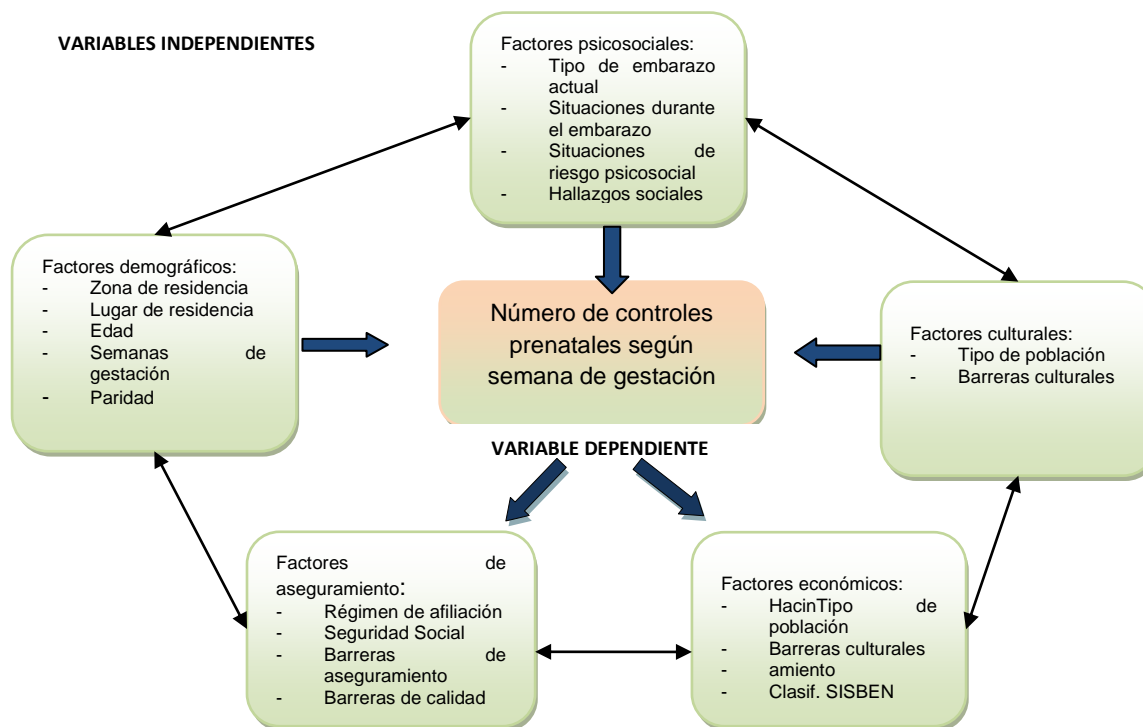


Figura 1. Diagrama de variables

## 5.9 Matriz de variables

### a) Variables demográficas:

Variable	Definición	Naturaleza	Tipo	Escala	Codificación
Edad	Años cumplidos de las gestantes a la fecha del estudio	Cuantitativa	Discreta	Razón	edad
Zona de residencia	Identificación de residencia en el municipio, zona urbana o rural	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	zona
Barrio	Barrio de residencia donde habita la gestante	Cualitativa	Nominal, Politómica	N/A	barrio
Comuna	División administrativa en donde se encuentra el barrio de residencia de la gestante. Toma valores desde Comuna 1, 2, 3, 4, 5, 6 y vereda.	Cualitativa	Nominal, Politómica	N/A	comuna
Régimen de Salud	Tipo de régimen de salud al que pertenece la gestante	Cualitativa	Nominal, Politómica	Razón	regim
Seguridad Social en Salud	Administradora de Planes de Beneficio a la que está afiliada la gestante.	Cualitativa	Nominal, Politómica	Razón	segsoc



Variable	Definición	Naturaleza	Tipo	Escala	Codificación
Población Especial	Autodefinición de la gestante de pertenencia a grupo étnico especificado. Indígena, Afrocolombiana, Mestiza, Desplazada. Discapacitado, Reinsertado	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	indig

*b) Antecedentes obstétricos*

Variable	Definición	Naturaleza	Tipo	Escala	Codificación
Gestas	Número de embarazos de la gestante, contando el presente	Cuantitativa	Discreta	Razón	gesta
Partos	Número de partos que haya tenido la gestante.	Cuantitativa	Discreta	Razón	part
Abortos	Número de abortos que haya tenido de la gestante.	Cuantitativa	Discreta	Razón	abort
Numero controles	Número de controles prenatales que haya tenido de la gestante.	Cuantitativa	Discreta	Razón	n_cpn

*c) Variables económicas*

Variable	Definición	Naturaleza	Tipo	Escala	Codificación
SISBEN	Nivel de SISBEN en que se encuentra clasificada la gestante. Dato suministrado por la entrevistada	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	sisben
Situación Económica	Autodefinición de poseer ingresos propios				
Ingresos propios	Autodefinición de poseer ingresos propios o no tenerlos y recibe apoyo del conyugue, la familia o no tiene ningún apoyo	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	ingr_pr
Subsidio económico o en especie - Bono programas sociales	Autodefinición de recibir subsidio económico o en especie de: bono programas sociales, comedor comunitario, FAMI, ONG, Familias en acción, Casa igualdad de oportunidades, con la familia del compañero, otro.	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	bo0_pro

d) *Variables psicosociales:*

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Codificación</b>
El embarazo Actual es?	Autodefinition del embarazo como planeado, deseado, no deseado	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	emb_plan
Embarazo deseado	Autodefinition del embarazo como deseado por la gestante, por el conyugue, por la familia de origen, por ninguno, por otro.	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	emb_des
Durante el embarazo actual con tensiones intrafamiliares	Autodefinition del embarazo transcurrido con tensiones intrafamiliares	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	tns_fami
Embarazo con muertes	Autodefinition del embarazo transcurrido con muertes cercanas	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	muertes
Embarazo con tensiones conyugales	Autodefinition del embarazo transcurrido con tensiones conyugales	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	tns_cony
Embarazo con cambios y transiciones	Autodefinition del embarazo transcurrido con cambios y transiciones	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	camb_
Embarazo con otras tensiones	Autodefinition del embarazo transcurrido con otras tensiones	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	otro_
Riesgo psicosocial - Tensión emocional	Definición realizada por el encuestador acerca de riesgo psicosocial - Tensión emocional	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	tns_emo
Riesgo psicosocial - Humor depresivo	Definición realizada por el encuestador acerca de riesgo psicosocial - Humor depresivo	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	hum_depr
Riesgo psicosocial - Síntomas neurovegetativos	Definición realizada por el encuestador acerca de riesgo psicosocial - síntomas neurovegetativos	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	s_neurv
Soporte familiar - Satisfacción compartir tiempo con cónyuge o familia	Autodefinition de la gestante acerca de su satisfacción general de compartir el tiempo con su cónyuge y/o familia	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	tiemp
Soporte familiar - Satisfacción compartir espacio con cónyuge o familia	Autodefinition de la gestante acerca de su satisfacción general de compartir el espacio con su cónyuge y/o familia	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	espc

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Codificación</b>
Soporte familiar - Satisfacción compartir dinero con cónyuge o familia	Autodefinición de la gestante acerca de su satisfacción general de compartir el dinero con su cónyuge y/o familia	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	diner

*e) Variables de convivencia y acompañamiento familiar a Control Prenatal*

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Codificación</b>
Convivencia de la gestante	Autodefinición de convivencia de la gestante al momento del estudio, si es con el cónyuge, sola con hijos menores, con la familia de origen, sola sin hijos, con familia del conyugue, persona distinta a la familia, institucionalizada, con otra persona.	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	conv_com
Asiste a CPN con compañero	Autodefinición de asistir a CPN habitualmente con el cónyuge	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	ass_comp
Asiste a CPN con madre	Autodefinición de asistir a CPN habitualmente con su propia madre	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	ass_mama
Con quien asiste a CPN ?	Autodefinición de asistir a CPN habitualmente con: el conyugue, con la Mamá, con otro familiar, con la suegra, con alguna amiga /vecina, sola u otra persona	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	ass_otro

*f) Variables de barreras de aseguramiento, culturales y de calidad*

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Tipo</b>	<b>Escala</b>	<b>Codificación</b>
Barrera aseguramiento	Barrera autocalificada acerca de su situación al momento de acceder a los servicios: que no se encuentra en base de datos, demora en la remisión, multifiliación, no capacidad pago, otro ente territorio nacional, fragmentación de la atención, debido	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	b_0dase

Variable	Definición	Naturaleza	Tipo	Escala	Codificación
	proceso, no transporte para buscar autorización, otras barreras de aseguramiento.				
Barrera cultural	Barrera autocalificada acerca de las barreras culturales como: las creencias no le permiten asistir a los servicios de salud, la vergüenza que sepan que está embarazada, desconocimiento importancia del CPN, la decisión de acudir a los servicios de salud la toma la pareja, otras barreras culturales para asistir a los CPN.	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	bc_verg
Barrera calidad	Barrera autocalificada acerca de la calidad en los servicios de salud prestados como: No hay oportunidad en la asignación de citas, insatisfacción con los servicios prestados, accesibilidad geográfica a los servicios de salud, otras barreras de calidad de servicio para asistir a los CPN	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	bca_i0p

## 2) Variables dependientes

Se crearon nuevas variables a partir de las primarias para evaluar parámetros de importancia para el investigador. La variable semanas de gestación se realizó por medio del cálculo directo de las semanas transcurridas desde la fecha de última menstruación (cod. - fur) con del programa Excel®. Los trimestres se realizaron mediante agrupación simple y recodificación. La variable adherencia a los controles prenatales (cualitativa, nominal, dicotómica) se calculó con base en la coincidencia de las semanas de gestación y la observancia de la asistencia a los controles prenatales establecidos por la norma. Se recodificó una nueva variable para grupos de edad, donde se dividieron en tres: Menor (< 18 años), fértil (entre 18 y 35) y añosa (> 35 años). Tal como los tiempos referidos por las gestantes

tenían valores tan desiguales se recodificó una variable de agrupación llamada tiempo de permanencia y tomó los siguientes valores: de 5 meses o menos, de 6 a 11 meses, de un año (de 12 a 23 meses) de dos años (de 24 a 35 meses) de tres años (de 36 a 47 meses) y de más de tres años. Las variables de abortos, partos y gestaciones se recodificaron a su vez en tres nuevas variables dicotómicas: aborto recodificado (haber tenido o no un aborto previo), partos (no haber tenido partos previos y haber tenido alguno) y gesta recodificado (haber tenido 1 o 2 embarazos – contando el presente – o haber tenido más de 2).

Variable	Definición	Naturaleza	Tipo	Escala	Codificación
Semanas gestación	Semanas de gestación transcurridas desde la fecha de la última menstruación hasta la realización de la encuesta. Se calculó a partir de los valores de la fecha de la última menstruación, tomando números enteros.	Cuantitativa	Discreta	N/A	gesta
Trimestre gestación	Variable recodificada. Trimestre de gestación a la fecha de realización de la encuesta. Se calculó desde los valores de semanas de gestación.	Cualitativa	Nominal, Politómica	N/A	part
Adherencia CPN	Adherencia de la gestante al cumplimiento de los CPN de acuerdo a su edad gestacional. Se calculó a partir de los valores de semanas de gestación y número de controles prenatales.	Cualitativa	Nominal, dicotómica	N/A	cumple
Grupos de Edad	División Grupos de Edad por parte del investigador . Se tomaron los siguientes valores: MENOR (Hasta 17 años), FÉRTIL (de 18 a 35 años), AÑOSA (más de 35 años). Se calculó desde los valores de edad de la gestante.	Cualitativa	Nominal, Politómica	N/A	Edad_q

## 5.10 Análisis estadístico

Se obtuvieron distribuciones porcentuales para las variables cualitativas. En cuanto al análisis de estos datos, se realizó un estudio estadístico chi cuadrado de Pearson al correlacionar estas variables para identificar cuáles de estas eran estadísticamente significativas de acuerdo al valor  $p < 0.05$  y valor de verosimilitud. Además, se identificaron aquellas estadísticamente significativas y se realizó un análisis de asociación entre ellas obteniendo valores OR para identificar cuáles de éstas tenían algún grado de asociación entre factor de riesgo y el evento de estudio. Para las variables cuantitativas, se obtuvieron medidas de tendencia central y distribución como media, moda, desviación estándar, dato mínimo y máximo para hacer un análisis demográfico de la población estudiada.

## 5.11 Consideraciones éticas

El presente estudio se rige de acuerdo a los principios presentados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en sus aspectos relevantes para investigación de no intervención y de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. De acuerdo a esto se clasifica como investigación *sin riesgo*, debido a que es un estudio en el que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva, por lo que no se realiza ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio.

Se protegió la integridad y anonimato de las participantes tomando todas las precauciones para resguardar la intimidad de las personas, la confidencialidad de la información, utilizando los datos única y exclusivamente para el desarrollo de este trabajo de investigación. Es deber del personal de salud proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, por lo tanto el presente estudio garantizó el cumplimiento de estos valores y buscará que la población del

municipio de Yopal se beneficie de los resultados obtenidos planteados en los objetivos. Se publicaron tanto los resultados negativos como los positivos y están disponibles para la consulta de todos los interesados en el tema. Se solicitó por escrito la autorización a la Institución que actúa como fuente de información, para el uso de la información en el estudio descrito. Los resultados se publicaron como aporte al beneficio de las mujeres gestantes del municipio de Yopal.

Para el presente estudio no se declara ningún tipo de conflicto de interés académico, lucrativo o personal; sin embargo cabe mencionar que como funcionaria de la Secretaría de Salud Municipal este estudio es una herramienta que permitirá conocer aquellos factores influyentes en la asistencia de las gestantes del Municipio de Yopal a la consulta de control prenatal; lo cual se espera que contribuya en la toma de decisiones para la implementación de actividades que mejoren la adherencia al control prenatal.

## 6 RESULTADOS

### Análisis demográfico

La muestra analizada fue de 621 gestantes, que se encontraba en un rango de edad entre los 13 y 47 años, con una media de edad de 25,3 años, una desviación estándar de 6,6 años y la edad que mas se repetía era 19 años en la muestra analizada. La mayor proporción de gestantes se encontró en el grupo entre los 18 y 35 años con el 79,5% y el 42,5% se encontraban en el tercer trimestre. El 90,2% habitaban en la zona urbana y 9,8% en la zona rural del municipio de Yopal Casanare. La comuna cinco era la más grande con un 29,8% equivalente a 185 veredas seguido de la comuna dos con un 28,8% es decir 179 veredas, mientras que la comuna seis representaba un 0,6% con cuatro veredas. Los barrios más habitados fueron La Esperanza con una representación de 4,3% mientras que Los Helechos fue del 2,4% (ver **Tabla 1**).

**Tabla 1. Distribución porcentual por comuna, vereda y barrios del municipio de Yopal. 2011.**

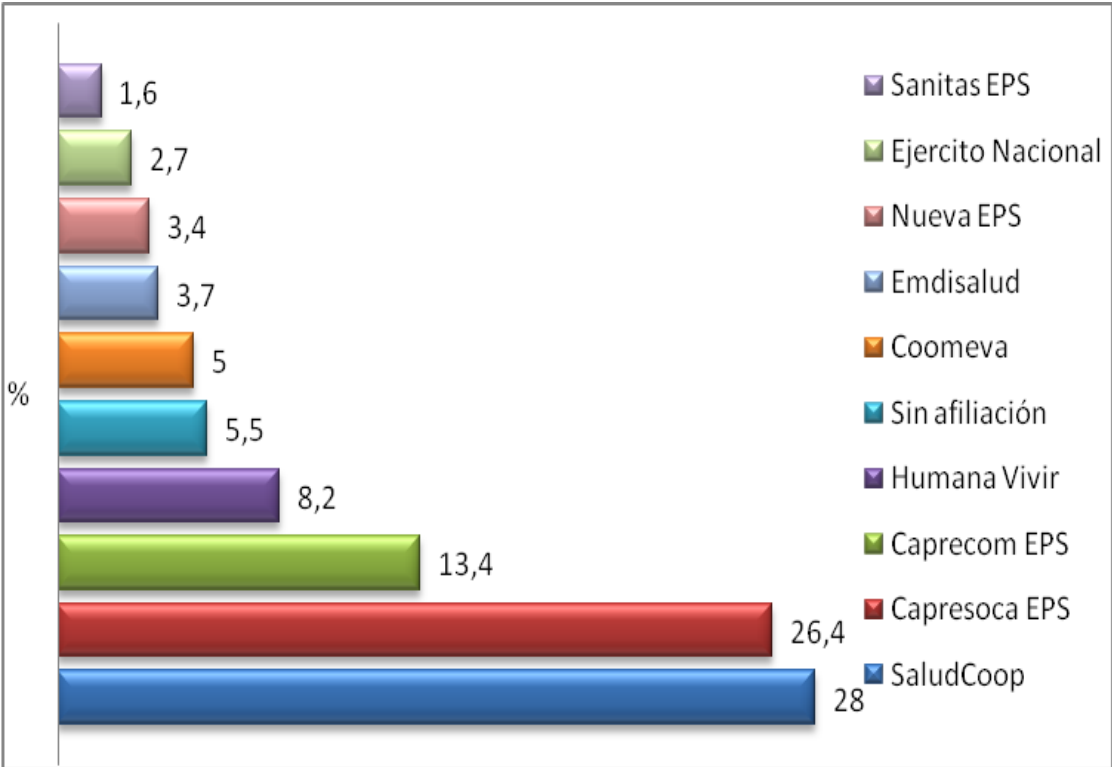
Comuna	%	Veredas del municipio	Barrios	%	Número
1	3,9	24	La esperanza	4.3	27
2	28,8	179	20 de Julio	3.7	23
			Casimena 1	3.7	23
3	9,2	57	El gaván	3.1	19
			El triunfo	2.9	18
4	18,7	116	La campiña	2.6	16
			Centro	2.6	16
5	29,8	185	Maria Milena	2.6	16
			Provivienda	2.6	16
6	0,6	4	Los Helechos	2.4	15

Fuente: Esta investigación



En cuanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 50,4% de las gestantes pertenecían al régimen Subsidiado, seguido del régimen Contributivo con 40,7% sin seguridad social en salud un 5,5% y un porcentaje menor equivalente al régimen especial con 3,4%. Las empresas prestadoras de salud con mayor porcentaje de afiliación fue SaludCoop con 28% seguido de Capresoca EPS con 26,4% y en menor proporción Sanitas EPS con 1,6% (ver **Gráfico 1**).

**Gráfico 1. Distribución porcentual según afiliación a EPS**



**Fuente:** Esta investigación.

La autodenominación acerca de pertenencia étnica arrojó resultados disímiles. El 89,7% se clasificó como mestizo, 0,6% como afrocolombiano y 0,2% indígena. Del 9,5% no se tienen datos. Entre las embarazadas se consideraron a sí mismas como desplazadas 10,8%, como discapacitadas 0,3% y ninguna se auto-clasificó como reinsertada o perteneciente a otro grupo especial.

## Análisis de antecedentes obstétricos

La variable *semanas de gestación* fue una variable calculada, que muestra características intrínsecas de cada grupo con una media de 23,8 semanas. El rango de semanas fue de mínimo ocho y máximo 40 con una desviación estándar de 10,1 semanas. La semana que más se repetía era 20 en la muestra de gestantes estudiada. En cuanto la variable *número de embarazos*, la media fue de dos embarazos con una desviación estándar de 1,2. De las gestantes analizadas se observa que el 25% se encontraban con menos de 16 semanas de gestación, el 50% por debajo de 24 semanas de gestación y un 25% con 32 o más semanas de gestación. La gestación mínima fue de uno y máxima de nueve.

Para *número de partos*, la media fue de uno, con desviación estándar de 1,1. Con un mínimo de cero partos y máximo ocho. Mientras que para la variable *abortos*, la media fue de cero, con una desviación estándar de 0,4 y un rango mínimo de cero y máximo tres abortos. Para *número de controles prenatales*, la media fue de dos, con una desviación estándar de 2,4 y un rango mínimo de cero y máximo de nueve controles durante la gestación (ver **Tabla 2**).

**Tabla 2. Análisis de antecedentes obstétricos**

	Media	Error típ. de la media	Mediana	Moda	Desv. típica	Percentiles			Mínimo	Máximo	Rango
						25	50	75			
SEMANAS GESTACIÓN	23,8	0,4	24	20	10,1	16	24	32	8	40	32
GESTAS	2	0	2	1	1,2	1	2	3	1	9	8
PARTOS	0,9	0	1	0	1,1	0	1	1	0	8	8
ABORTOS	0,2	0	0	0	0,4	0	0	0	0	3	3
NUMERO CONTROLES	2,6	0,1	2	1	2,4	1	2	4	0	9	9

**Fuente:** Esta investigación

## Análisis económico

El 66% de las gestantes encuestadas pertenecían al nivel uno del SISBEN, el 32,2% al nivel dos y el 1,8% al nivel tres. Por otro lado, en cuanto a los ingresos, el 69,2% refirió no poseer ingresos propios, los ingresos provenían del cónyuge, el 10,3% la familia de origen la apoyaba, y tan solo el 1,4% de los casos no recibió ningún apoyo. Al indagar por recibir algún subsidio económico el 2,1% recibió un subsidio por parte del programa Familias en Acción, mientras que el 0,3% obtuvo otro tipo de subsidio (ver **Tabla 3**).

**Tabla 3. Distribución porcentual datos económicos**

Ingresos propios	Sin ingresos propios				Subsidio económico							
	Cónyuge apoya	Familia apoya	Nadie apoya	Bono programas sociales	Comedor comunitario	Hogares FAMI	Organización No gubernamental	Familias en Acción	Casa igualdad de oportunidades con la familia del compañero	otros		
VALIDOS	162	430	64	9	10	0	0	0	13	0	0	2
PERDIDOS	0	1	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1

Fuente: Esta investigación

## Análisis Psicosocial

El 55,2% de los casos analizados fue un embarazo planeado y el 89,9% tuvo un embarazo deseado, mientras que el 3,1% fue un embarazo no deseado (ver **Tabla 4**).

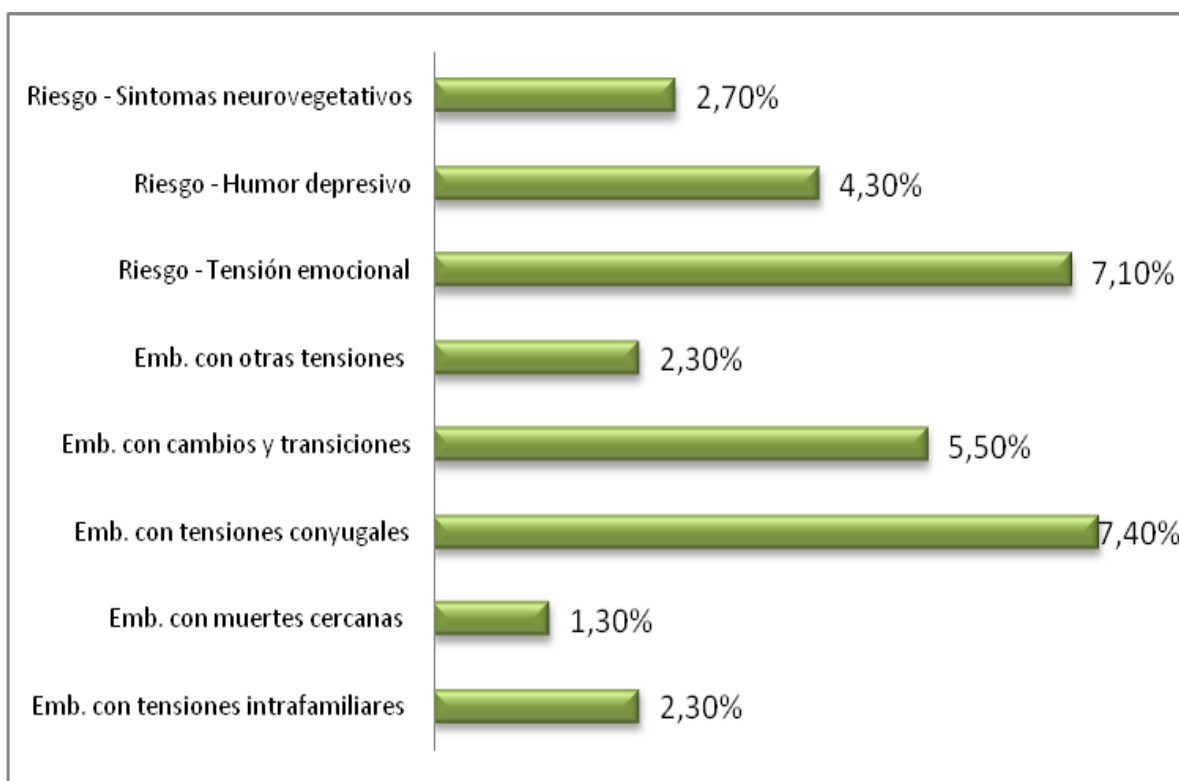
**Tabla 4. Distribución porcentual análisis psicosocial.**

	Embarazo planeado	Embarazo deseado	Embarazo no deseado	Emb. deseado por gestante	Emb. deseado por cónyuge	Emb. deseado por familia	Emb. deseado por ninguno	Emb. deseado por otra persona
VALIDOS	343	558	19	464	394	24	9	2
PERDIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Esta Investigación

En cuanto a la evaluación de los riesgos del entorno social ocurridos durante el embarazo; el 7,4% manifestó tensiones conyugales, seguido de un 7,1% que presentó tensión emocional evidente como llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor y no poder quedarse quieta. En un porcentaje menor se encontró que el 1,3% experimentó muertes cercanas durante la gestación (ver **Gráfico 2**).

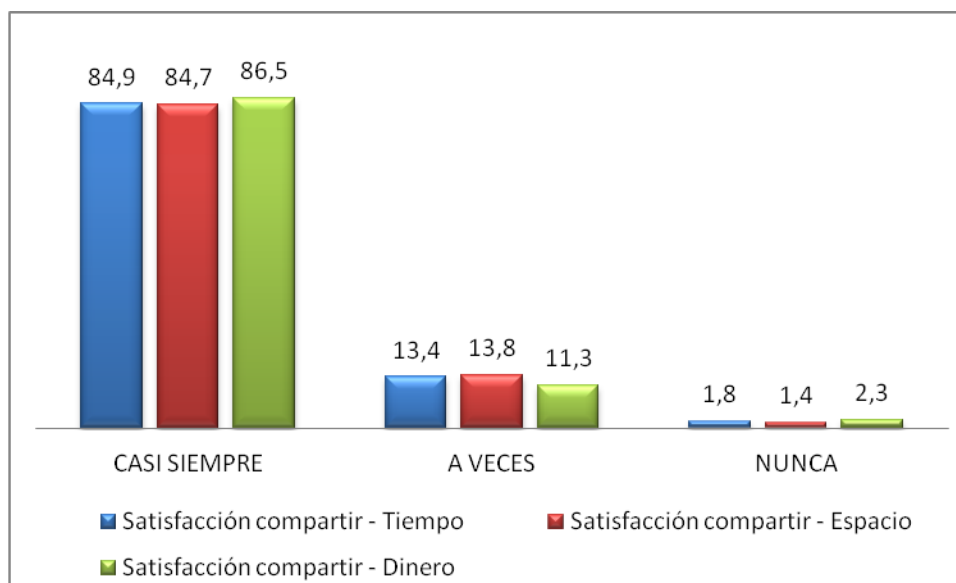
**Gráfico 2. Distribución porcentual evaluación de riesgo de entorno social**



**Fuente: Esta Investigación**

En la evaluación acerca de lo satisfecha que se sentía la gestante con la forma como comparte con su familia y/o compañero el tiempo, el espacio y el dinero, una vasta mayoría estuvieron casi siempre satisfechas (ver **Gráfico 3**).

**Gráfico 3. Distribución porcentual evaluación de riesgos entorno socio familiar**



**Fuente:** Esta investigación

### **Análisis de convivencia y acompañamiento al Control Prenatal**

El 77,9% de las gestantes evaluadas convivía con su compañero, mientras que el 3,5% con hijos de anteriores embarazos (ver **Tabla 5**).

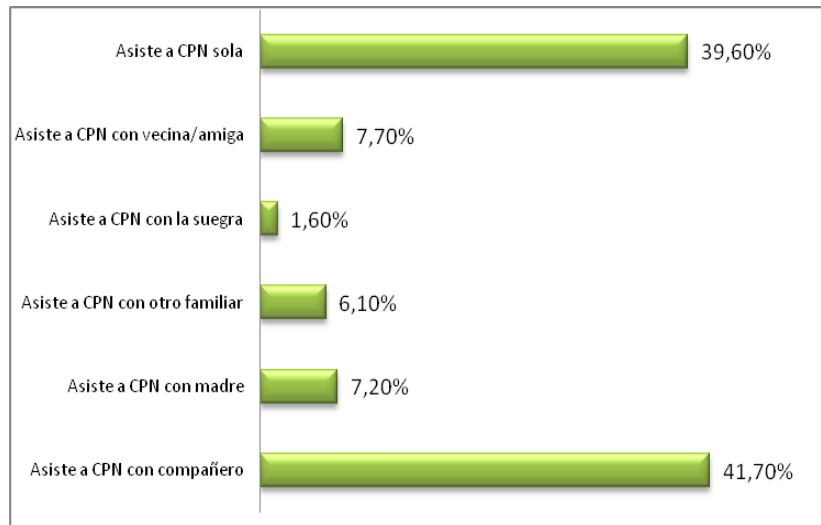
**Tabla 5. Distribución porcentual análisis de convivencia**

	Convive con compañero	Sola con hijos	Convive con familia materna	Sola sin hijos	Convive con familia compañero	Convive con otra familia	Institucionalizada	Convive con otra persona
VALIDOS	484	22	100	8	20	7	1	8
PERDIDOS	2	2	2	0	0	0	1	1

**Fuente:** Esta investigación

Cuando fueron interrogadas acerca de quien acompañaba a la materna a los Controles prenatales se encontró que el 41,7% asistía con el cónyuge y el 39,6% asistía sola a los controles (ver **Gráfico 4**).

**Gráfico 4. Distribución porcentual evaluación de riesgos entorno socio familiar**

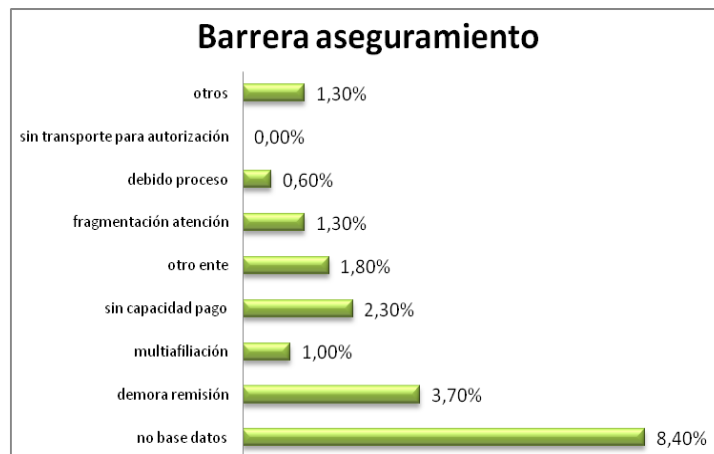


Fuente: Esta Investigación

### **Análisis de barreras de aseguramiento, culturales y de calidad para la asistencia al Control Prenatal**

Las principales barreras que las gestantes relataron para su asistencia al control prenatal se dividieron en aseguramiento, culturales y de calidad. En cuanto a las barreras relacionadas con el aseguramiento, el 8,4% de las gestantes refirieron no aparecer en base de datos de beneficiarias o afiliadas a una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y el 3,7% presentó demora en la remisión a otro nivel de atención (ver **Gráfico 5**).

**Gráfico 5. Distribución porcentual análisis de barreras para la atención**



Fuente: Esta Investigación

Las gestantes refirieron barreras culturales y de calidad de la atención. Un 6,0% no consideraba importante realizarse controles prenatales y en un 8,7% la pareja era quien decidía cuándo y cómo asistir a ellos. Un 2,3% refirió que sus creencias le impedían asistir a éstos, un 2,6% no asistía por vergüenza a que supieran que estaba embarazada y un 1,3% refirió otros factores culturales que influían negativamente en su asistencia al programa de control prenatal.

Se encontró que el 15% de las mujeres habían asistido a sus controles de acuerdo al número de semanas de gestación y el número esperado según la norma y el 85% no había tenido una adecuada asistencia a éste tipo de seguimiento.

El 85% de las gestantes no habían tenido un aborto previo y el 14,2% lo habían tenido. Acerca de partos anteriores, el 44,6% de las gestantes no comentaron haber tenido partos previos y el 55,4% había tenido al menos uno. En lo referente a embarazos, incluyendo el presente, el 71,3% había tenido uno o dos, mientras el 28,7% había tenido tres o más.

Al analizar las variables *régimen de salud* y *adherencia al control prenatal*, se observó una asociación entre las variables con un valor de significancia estadística de 0.010 en la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson y razón de verosimilitud de 0.008 concluyendo que existe diferencia significativa entre estas variables.

El 51,5% de las gestantes del régimen subsidiado no presentaron adherencia a los controles prenatales, y en menor proporción, en el régimen especial con un 2,7%. Por el contrario, el régimen con gestantes adheridas a los controles prenatales fueron las pertenecientes al régimen contributivo con un 47,3% y en menor proporción, las gestantes que no estaban afiliadas a ningún sistema de seguridad social en salud (ver **Tabla 6**).

**Tabla 6. Asociación variables régimen de salud y adherencia CPN**

RÉGIMEN SALUD * ADHERENCIA CPN	ADHERENCIA CPN		TOTAL
	NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
CONTRIBUTIVO	209	44	253
SUBSIDIADO	272	41	313
SIN SSS	33	1	34
ESPECIAL	14	7	21
<b>TOTAL</b>	<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

**Fuente:** Esta investigación

Cuando se analizaron variables de *antecedentes obstétricos, semana de gestación y adherencia al control prenatal*, se observó que de las gestantes que presentaron adherencia al control prenatal, el 38,7% estaban en su octava semana de embarazo y en menor proporción, el 1,1% llegaban a la semana 36. Mientras que el 12,9% de las gestantes que no tuvieron una adherencia al control prenatal estaban en la semana 24 (ver **Tabla 7**). Se observó una asociación entre las variables con un valor de significancia estadística de 0.000 en la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson y razón de verosimilitudes de 0.000 concluyendo que existe diferencia significativa entre estas variables.

En la agrupación por trimestres las gestantes pertenecientes al primer trimestre fueron las de mayor adherencia al control prenatal con un 49,5% y las de menor representación fueron las del segundo trimestre con un 23,7%. Por su parte, las más representativas en el grupo de las de no adherencia fueron las del tercer trimestre con un 45,3%. La asociación entre estas variables presentó una significancia estadística de 0.000 de acuerdo a la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitud.



**Tabla 7. Asociación variables semanas de gestación y adherencia CPN**

SEMANAS GESTACIÓN * ADHERENCIA CPN	ADHERENCIA CPN		TOTAL
	NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
8	35	36	71
12	50	10	60
16	66	3	69
20	70	10	80
<b>SEMANAS GESTACIÓN</b> 24	68	9	77
28	53	10	63
32	62	9	71
36	45	1	46
38	52	5	57
40	27	0	27
<b>TOTAL</b>	<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

**Fuente: Esta Investigación**

De la agrupación acerca de las que tienen adherencia a los CPN, las gestantes que no habían tenido ningún aborto era el más numeroso con un 72,0%, seguido por las que habían tenido un aborto previo (23,7%). Entre el grupo de las mujeres con falta de adherencia al número de controles prenatales de acuerdo a las semanas de gestación, la mayoría también pertenece a las que no han presentado nunca un aborto (88,3%), seguidas por las que habían tenido uno (10,0%). El grupo formado por las gestantes que no presentaron abortos es el que tiene mayor número de mujeres sin adherencia al control prenatal entre sus representantes (87,4%), y en las que existe mayor proporción de miembros tienen una adecuada adherencia a los controles prenatales por cuanto son las que habían tenido dos abortos previos al presente embarazo (36,4%). La asociación entre estas variables presentó una significancia estadística de 0.000 de acuerdo a la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitud.

En la apreciación de la relación entre haber tenido o no abortos y el control prenatal, se observó que las gestantes que no habían tenido abortos presentan mayor porcentaje de no adherencia al control prenatal siendo un 88,3%, frente a las que han tenido alguno aborto anterior con un porcentaje de 11,7% (ver **Tabla**

8), con un OR=0.343; IC=95%; 0.203 - 0.579. La asociación entre estas variables presentó una significancia estadística de 0.000 de acuerdo a la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitud.

**Tabla 8. Asociación variables número de abortos y adherencia CPN**

NÚMERO DE ABORTOS Y ADHERENCIA CPN		ADHERENCIA CPN		TOTAL
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
ABORTO	CON ALGÚN ABORTO	62	26	88
	NO ABORTO	466	67	533
<b>TOTAL</b>		<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

**Fuente:** Esta Investigación

### **Variables económicas**

De las variables económicas que obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se identificó que en las mujeres que son apoyadas económicamente por sus esposos existe un mayor porcentaje de adherencia al control prenatal (78,5%) frente a las que no reciben este apoyo (21,5%) (OR=1.738; IC=95%; 1.026-2.945). La asociación entre estas variables presentó una significancia estadística de 0.038 de acuerdo a la prueba chi-cuadrado y razón de verosimilitud de 0.051.

### **Variables psicosociales**

En los parámetros psicosociales se encontró un elevado registro estadístico en las variables relacionadas con adherencia al control prenatal y variables como embarazo planeado, soporte familiar en la satisfacción de compartir con el cónyuge o la familia el tiempo y el espacio, con valores de  $p=0.009$ ,  $0.001$ ,  $0.006$  respectivamente de acuerdo a la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson. Las mujeres que planearon junto a sus esposos el presente embarazo presentaron mayor adherencia al control prenatal con un 67,7% frente a las que no lo hicieron con un 32,3% (ver **Tabla 9**). La asociación de estas dos variables presentó un OR=1.860; IC=95%; 1.166-2.968.

**Tabla 9. Asociación variables embarazo planeado y adherencia al CPN**

EMBARAZO PLANEADO Y ADHERENCIA CPN		ADHERENCIA CPN		TOTAL
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
EMBARAZO PLANEADO	NO	248	30	278
	SI	280	63	343
<b>TOTAL</b>		<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

**Fuente: Esta Investigación**

En cuanto a la asociación de la adherencia a los controles prenatales y compartir el tiempo con su cónyuge o familia, el 75,3% se adhirió a él y refirió casi siempre vincularse con uno de ellos. El 72,3% no tuvo adhesión a éste y afirmó que a veces departía el tiempo con un familiar. Todas las mujeres que manifestaron nunca sentirse satisfechas con el soporte familiar presentaron no apego a ellos. (ver **Tabla 10**).

**Tabla 10. Asociación variable apoyo familiar y adherencia al CPN**

COMP_TIEMPO* ADHERENCIA CPN		ADHERENCIA CPN		TOTAL
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
COMPARTE TIEMPO	CASI SIEMPRE	457	70	527
	A VECES	60	23	83
	NUNCA	11	0	11
<b>TOTAL</b>		<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

**Fuente: Esta Investigación.**

El 76,3% de las gestantes que se sentía casi siempre satisfecha con el soporte familiar presentaron adherencia al control prenatal; mientras que las gestantes que manifestaron nunca sentirse satisfechas con el soporte familiar a compartir el espacio, no se adhirieron a estos controles (ver **Tabla 11**).

**Tabla 11. Asociación variable compartir el espacio con cónyuge y adherencia al CPN**

COMP_ESPACIO * ADHERENCIA CPN		ADHERENCIA CPN		TOTAL
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
COMPORTE ESPACIO	CASI SIEMPRE	455	71	526
	A VECES	64	22	86
	NUNCA	9	0	9
<b>TOTAL</b>		<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

Fuente: Esta investigación

**Variables de convivencia y acompañamiento al CPN**

En cuanto a las variables de convivencia y acompañamiento a los controles prenatales se encontró significancia estadística en la variable *convive con la familia materna*, con un valor de significancia 0.032, razón de verosimilitud 0.046, con un valor OR=0.444; IC=95%; 0.208 – 0.948. El 82,5% de las mujeres no viven con su familia y no cumplen con los controles prenatales, mientras que el 17.5% de las mujeres viven con su familia de origen, pero no cumplieron con sus controles. (ver **Tabla 12**).

**Tabla 12. Asociación variable convivir con familia materna y adherencia al CPN**

CONVIVE FAMILIA MATERNA * ADHERENCIA CPN		ADHERENCIA CPN		TOTAL
		NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
CONVIVE FAMILIA MATERNA	NO	434	85	519
	SI	92	8	100
<b>TOTAL</b>		<b>526</b>	<b>93</b>	<b>619</b>

Fuente: Esta Investigación

**Variables de barreras de aseguramiento, culturales y de calidad para la asistencia al CPN**

Las barreras que las gestantes reportaron para su asistencia al control prenatal y que tuvieron significancia estadística con valor 0.010 razón de verosimilitud 0.018 fueron inoportunidad de citas e insatisfacción por los servicios con un valor OR=0.113 (IC=95%; 0.015 – 0.833). El 98,9% de las mujeres no encontraron barreras de inoportunidad en la asignación de citas y tuvieron una adherencia al

control prenatal; mientras que solo el 2,1% presentó una adherencia a los controles teniendo en cuenta sus barreras en cuanto a la posibilidad de asignación de citas (ver **Tabla 13**).

**Tabla 13. Asociación variables barreras de cumplimiento por oportunidad de asignación de citas y adherencia CPN**

B.CALID - INOPOR-CITAS * ADHERENCIA CPN	ADHERENCIA CPN		TOTAL
	NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
B.CALID - INOPOR- NO CITAS	480	92	572
SI	46	1	47
<b>TOTAL</b>	<b>526</b>	<b>93</b>	<b>619</b>

**Fuente: Esta Investigación.**

El 98,9% de las mujeres que no encontraron barreras de insatisfacción del servicio presentaron adherencia a los controles prenatales. Entre las personas que tuvieron dichas barreras del servicio solo el 2,6% presentó adherencia a los controles prenatales (OR=0.114; IC=95%; 0.007 – 0.767).

**Tabla 14. Asociación variables insatisfacción del servicio y adherencia al CPN**

B.CALID - INSATISF-SERVICIO * ADHERENCIA CPN	ADHERENCIA CPN		Total
	NO ADHERENCIA	ADHERENCIA	
B.CALID - INSATISF- NO SERVICIO	491	92	583
SI	37	1	38
<b>TOTAL</b>	<b>528</b>	<b>93</b>	<b>621</b>

**Fuente: Esta investigación**

## 7. DISCUSIÓN

El conjunto de acciones que involucra la atención de la paciente embarazada, con el objetivo de vigilar la evolución de la gestación, se ha denominado Control Prenatal y es considerado por parte de la OMS como una prioridad de las políticas de salud pública (Cáceres, 2009). Colombia ha tenido grandes avances en los últimos años en relación a esta política. No solo en cobertura y atención institucional del parto se ha mejorado, sino también en la disminución de la mortalidad materna gracias a una atención cada vez más oportuna y eficiente (Álvarez et al., 2010).

Un aspecto esencial para que las gestantes accedan a los servicios es la percepción que tienen de ellos. Con relación a esto, puede existir una brecha entre la calidad o las características del servicio que se cree estar prestando y las expectativas de las usuarias. Así entonces, el concepto de calidad se define según distintos enfoques y énfasis que van desde el sistema de salud, pasando por quienes diseñan la programación para dicho sector, los prestadores de la atención hasta las usuarias que reciben los servicios (Camarena, 2007).

Esta investigación tuvo como propósito identificar los factores psicosociales, culturales, demográficos, de aseguramiento y económicos, asociados a la asistencia y adherencia de las gestantes a las consultas control prenatal; a continuación se discutirán los principales hallazgos de este estudio.

En gran cantidad de estudios se ha considerado que la situación económica juega un papel fundamental en el acceso a la atención prenatal (Tamez, 2006). Las mujeres que viven en situación de pobreza, aquellas que pertenecen a minorías sociales y que son solteras o que se ubican en extremos de la edad reproductiva, tienen menor acceso a este tipo de servicio de salud (Osis, 1993). Para el presente estudio cerca de la mitad de las pacientes pertenecían al régimen subsidiado de salud con una proporción del 51,5%, mostrando una relación estadísticamente significativa con la adherencia al control prenatal y se identificó

que las mujeres que cuentan con un apoyo económico tiene un mayor porcentaje de adherencia al control prenatal (78,5%) frente a las que no cuentan con este apoyo (21,5%). Sin embargo, esto contrasta de manera particular con el alto porcentaje de pacientes que asisten solas a los controles prenatales.

Es conocido que un inadecuado soporte familiar, fenómenos como la violencia doméstica y la no aceptación del embarazo pueden afectar negativamente la gestación (Parra, 2009). Los resultados de este estudio están acordes con dicha evidencia ya que todas las pacientes que manifestaron nunca sentirse satisfechas con el soporte familiar presentaron poca adherencia a los controles prenatales; mostrando una asociación estadísticamente significativa en la relación entre el soporte familiar y la adherencia al control prenatal con una  $p=0.038$ .

En los aspectos culturales de la población atendida recae uno de los principales focos de un programa de CPN. La brecha entre las recomendaciones de los profesionales de salud y los hábitos y gustos de las gestantes puede ser una limitante para la adherencia. Esta relación entre adherencia a los controles prenatales y los fenómenos culturales ha sido descrita en estudios cuyos resultados evidencian que el entorno sociocultural y los imaginarios en torno al embarazo y a las actividades del CPN son factores que influyen en la utilización de la atención prenatal (Martínez, 2010). Dicho planteamiento es soportado por los resultados del presente estudio y coinciden con resultados de estudios como el de Lasso (2012) donde se concluyó que los factores culturales disminuyen la adherencia al programa de atención prenatal; encontrando en el presente estudio la relación de algunos factores con la asistencia al control como el desconocimiento de la importancia del control prenatal con una proporción del 6.0%; la decisión de asistir al control es de la pareja en un 8.7% , la vergüenza que sentían por el embarazo con un 2,6% y otros factores culturales con un 1,3%.

Un aspecto que merece mención es que en el presente estudio a mayor edad gestacional, especialmente en el tercer trimestre, disminuyó la adherencia a la atención prenatal. Dicho hallazgo da cabida a una reflexión y un fenómeno que podría estar relacionado es el cambio en la percepción del riesgo a medida que

avanza el embarazo el cual podría relacionarse a la toma de una o varias ecografías que puede suponer, por parte de la paciente ante un hallazgo normal de dicho paraclínico, una percepción diferente del riesgo y por ende repercutir en la adherencia a las últimas consultas de CPN.

De manera similar, puede ser el comportamiento del antecedente de aborto y su asociación con la adherencia al CPN. La historia de abortos es un reconocido factor de riesgo que debe ser tenido en cuenta durante los controles prenatales (Panduro, 2011). En relación a esto, los resultados del presente estudio muestran mayores niveles de adherencia en las pacientes con antecedente de aborto, teniendo en cuenta que las mujeres que no habían tenido abortos muestran un porcentaje de no adherencia al control con un 88,3% frente a las gestantes con antecedente de aborto con una proporción de 11,7%; encontrándose una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ) entre el antecedente de aborto y la adherencia a los controles prenatales. Dicho hallazgo podría estar vinculado a la construcción de una percepción de riesgo diferente en las pacientes con dicho antecedente que puede promover en ellas ciertos hábitos de autocuidado que repercuten en mayores niveles de adherencia a las actividades del CPN.

De gran relevancia social es el fenómeno del embarazo en adolescentes. En Latinoamérica, el embarazo en mujeres menores de 19 años es bastante común y se asocia frecuentemente con un inicio temprano de la vida sexual y un bajo uso de anticonceptivos en comparación con los adultos (Langer, 2002). El presente estudio va en concordancia con estas afirmaciones resaltando que el rango inferior de edad en la muestra analizada fue de 13 años y la edad que más se repetía era 19 años. Dichos hallazgos soportan que un buen número de programas en torno a las actividades de promoción de la salud deben estar encaminados a la prevención del embarazo adolescente, mayor acceso a la anticoncepción y a la difusión de los derechos de la mujer.

Por último, es pertinente destacar el rol de las entidades encargadas de la vigilancia de la situación en salud de las gestantes en Colombia. Investigaciones como la presente evidencian la significativa labor de la vigilancia en salud pública



y su papel esencial en la construcción del ideal de salud. De ello depende el caracterizar las poblaciones y conocer el comportamiento de los fenómenos en salud. La vigilancia epidemiológica es el punto de apoyo para la toma de decisiones y de esta manera marcar el rumbo de los lineamientos en salud que necesita el país y particularmente municipios en desarrollo como Yopal.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Este estudio ha explorado los factores asociados de la adherencia al control prenatal de las gestantes del municipio de Yopal, Casanare en 2011, encontrando que la prevalencia de la adherencia al control prenatal fue del 15% en la población estudiada.
- Los aspectos culturales y económicos de la población juegan un papel esencial en las dinámicas de vivencia y apropiación de las actividades de programas como el CPN. Planear el embarazo, el antecedente de aborto, el régimen de salud, primer trimestre del embarazo y el apoyo familiar constituyen factores asociados a una buena adherencia al control prenatal.
- Al analizar las variables de aseguramiento se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables de régimen de salud y adherencia al control prenatal con una  $P= 0.010$  en la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson y razón de verosimilitud de 0.008, concluyendo que existe diferencia significativa entre estas variables; donde a su vez el 51,5% de las gestantes del régimen subsidiado no presentaron adherencia a los controles prenatales mientras que en sentido contrario las gestantes adheridas a los controles prenatales fueron las pertenecientes al régimen contributivo con un 47,3%.
- Cuando se analizaron variables de *antecedentes obstétricos, semana de gestación y adherencia al control prenatal*, se observó que la mayor adherencia al control prenatal se presentó en las gestantes que se encontraban en la semana 8 de gestación con un 38,7% y en la semana de gestación que se observó menor adherencia fue la semana 24; con un valor estadísticamente significativo; lo que a su vez se confirma al encontrar que en el primer trimestre del embarazo fue la mayor adherencia al control prenatal con un 49,5% y la menor adherencia fue en el tercer trimestre con un 45,3% y el segundo trimestre con un 23,7%. Por otro lado, en la relación entre haber tenido o no abortos y el control prenatal, se observó que las gestantes que no habían tenido abortos presentan mayor

porcentaje de no adherencia al control prenatal siendo un 88,3%, frente a las que han tenido alguno aborto anterior con un porcentaje de 11,7%.

- De las variables económicas que obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se identificó que en las mujeres que son apoyadas económicamente por sus esposos existe un mayor porcentaje de adherencia al control prenatal (78,5%) frente a las que no reciben este apoyo (21,5%) (OR=1.738; IC=95%; 1.026-2.945), con una asociación estadísticamente significativa.

- En los factores psicosociales se encontró asociación entre las variables de embarazo planeado, gestante con soporte familiar, percepción de satisfacción de compartir con el cónyuge el tiempo y el espacio con relación a la adherencia al control prenatal valores de  $p=0.009$ ,  $0.001$ ,  $0.006$  respectivamente de acuerdo a la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson.

- En cuanto a las variables de convivencia y acompañamiento a los controles prenatales se encontró significancia estadística en la variable *convive con la familia materna*, con un valor de significancia  $0.032$ , razón de verosimilitud  $0.046$ , con un valor OR=0.444; IC=95%;  $0.208 - 0.948$ . El 82,5% de las mujeres no viven con su familia y no cumplen con los controles prenatales, mientras que el 17.5% de las mujeres viven con su familia de origen, pero no cumplieron con sus controles.

- En las variables de barreras de aseguramiento, culturales y de calidad para la asistencia al CPN, las barreras que las gestantes reportaron para su asistencia al control prenatal y que tuvieron significancia estadística fueron inoportunidad de citas e insatisfacción por los servicios encontrando a su vez que el 98,9% de las gestantes que no encontraron estas barreras tuvieron una adherencia al control prenatal.E

- Es esencial el fortalecimiento de los programas de promoción de la salud en aspectos claves como educar sobre la importancia del CPN, la prevención del embarazo adolescente y la difusión de los derechos de la mujer.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Alcaldía Mayor de Yopal. (2011). Diagnóstico de la Línea de Salud Sexual y Reproductiva. Yopal, Casanare.

Alfaro, N. (1995). El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. *Perinatología Reproductiva Humana*, 9, 68-79.

Álvarez, J. (2010). Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1 Nivel Manizales Años 2005-2007. *Archivos de medicina*, 10 (1), 19-30.

Arias, J; Bernal, K; Giraldo, D; González, E; Rivera, P. (2008). Calidad del Control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. Hacia la promoción de la salud, *Revista hacia la promoción de la salud*, 13, 131-142.

Arizpe, C. et al. (2011). Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. 22 (4),169-175.

Bolaños, C. (2010). Facilitadores y barreras para la adherencia al control prenatal, en gestantes residentes en la comuna 12 de Buenaventura, Valle, en el año 2008. Universidad del Valle.

Cáceres, F. (2009). Control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2),165-170.

Camarena, L., y Glascoe, C. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: Ciudad de Chihuahua, México, 25 (1), 40-49.

Castro, M. (2009). Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta nacional de salud 2007 [Tesis de Magister] .Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.

Congreso de la Republica. Ley 1438 de 2011. Diario oficial N° 47.747 de 19 de enero de 2011.

Congreso de la República. República de Colombia. Ley 100 Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. Congreso de la Republica; 1993.

Córdoba, R; Escobar, L; Guzmán, L. (2009). Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -Secretaría General.2009. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/#twoj\\_fragment1-4](http://www.dane.gov.co/#twoj_fragment1-4). Consultado abril 08, de 2012.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2009). [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). Recuperado el 8 de Abril de 2012, de [http://www.dane.gov.co/#twoj\\_fragment1-4](http://www.dane.gov.co/#twoj_fragment1-4)

Empresa Social del Estado “Salud Yopal”. Modelo de atención integral a la Gestante. Yopal, Colombia: Empresa Social del Estado “Salud Yopal”; 2010.

Estadísticas Sanitarias Mundiales. (2011). Organización Mundial de la Salud.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2010.

Grandi, C. (1997). Control prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Sociedad Bolivariana de Pediatría*, 36, S15 - S20.

IVC a la Maternidad Segura. Inspección, Vigilancia y Control para el logro de la Maternidad Segura en Colombia. 2010-2012.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, 11 (3), 192-205.

Laxminarayan, R; Chow, J; y Shahid, S. (2010). Costo-efectividad de las intervenciones médicas.

Lasso, P. (2012). Atención prenatal: ¿Tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?, 10(2), p 123-133.

Martínez, J. (2010). Factores que afectan la atención prenatal. *Nursing*, 28, (9) ,62-65.

Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Resolución 0425. Plan de Salud Públicas Intervenciones Colectivas. Bogotá: ministerio de la protección social; 2008.

Ministerio de Salud. (2000). Resolución 412. Diario Oficial. Bogotá.

Misas, J y Ávila, M. (2011). Análisis de costos de la iniciativa SM 2015. México.

Municipio de Yopal. (2007). Agenda ambiental. Alcaldía de Yopal.

Organización Mundial de la Salud. (2006). The costs of maternal-newborn illness and mortality. Moving towards universal coverage issues in maternal-newborn health and poverty.

Organización Mundial de la Salud. (2011). Estadísticas Sanitarias 2011. Recuperado el 10 de Abril de 2012, de [www.who.int: http://www.who.int/whostat/ES\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf)

Osis, M; Hardy, E. et al. (1993). Factors associated with prenatal care among low income women in the state of Sao Paulo Brazil, 27, 49-53.

Parra, M. (2009). El control prenatal. *Obstetricia Integral En El Siglo XXI*. En: Colombia ISBN: 978-958-44-6067-7 ed: Universidad Nacional de Colombia, p.75-88.

Plan de Desarrollo Departamental Tercer Reto: "Salud Integral Comunidades y Ambientes Saludables". Yopal, Casanare.2008.

Plan de Desarrollo "Yopal con Sentido Social". 2012-2015.

Rentería S. (2010). Evaluación de la adherencia a guías del programa de control prenatal en el Cafesalud (CAFI) San Juan IPS, Primer semestre de 2010 (Tesis Especialización). Medellín, Colombia: Universidad del CES.

República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039/07 sobre Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. (Agosto 10 de 2007).

República de Colombia, Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. (Resolución 412 de 2000).

Rivera, A. (2008). Control prenatal. Universidad Autónoma de México. <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/temas/conprena.pdf>

Rosales, G., y Cadena, L. (2010) Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la Parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009 agosto del 2010, Repositorio Universidad Técnica del Norte. <http://hdl.handle.net/123456789/702>. 8 julio de 2011.

Salgado, L. (2011). Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la Parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009 agosto del 2010. Ibarra. Ecuador. Universidad Técnica del Norte.

Sánchez, H; Pérez, T; Vásquez, F. (2005). Impacto del Control Prenatal en la Morbilidad y Mortalidad Neonatal. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 43(5), p 377-380.

Secretaría Distrital de Salud. (2007). Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo. Bogotá: Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología.

Sistema De Identificación Y Clasificación De Potenciales Beneficiarios Para Programas Sociales "Sisbén". Disponible en:



URL:<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ServiciosTramites/SISBE>  
N. Consultado Abril 24, 2012.

Tamez, S. et al. (2006). Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública Mex*, 48, 5, 418-429.



Wang, D. et al. (2012). Factors associated with the utilization and quality of prenatal care in western rural regions of China. *Health education*, 112.1, 4-14. Doi: 10.1108/09654281211190227.

World Health Organization. (1997). Coverage of maternal care: a listing of available information. Family and Reproductive Health, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, 4.

Zhao, Q. et al. (2012). The utilization of antenatal care among rural-to-urban migrant women in Shanghai: a hospital-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12, 1012. doi: 10.1186/1471-2458-12-1012.

# 10 ANEXOS

## 10.1 FICHA TÉCNICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES. Alcaldía Yopal. PIC 2011.

		<b>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS</b> <b>LÍNEA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>																	
<b>FICHA TÉCNICA PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES</b>																			
<b>TIPO DE VISITA</b>		<b>CANALIZACIÓN</b>				Fecha de diligenciamiento de la ficha				<b>NO. FICHA</b>									
		<b>SEGUIMIENTO</b>				DD MM AA													
<b>1. DETECCIÓN</b>		<b>CAPTADA POR:</b>				<b>TRIMESTRE DE GESTACIÓN</b>				<b>Ter</b>		<b>2do</b>		<b>3er</b>		<b>Semana No.</b>			
<b>2. IDENTIFICACIÓN:</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>				<b>SEGUNDO NOMBRE</b>				<b>PRIMER APELLIDO</b>				<b>SEGUNDO APELLIDO</b>					
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>		<b>C.C</b>		<b>T.I</b>		<b>NUMERO</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO DE LA GESTANTE</b>				<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>							
<b>POBLACIÓN:</b>		<b>INDIGENA</b>		<b>AFROCOLOMBIANO</b>		<b>MESTIZO</b>		<b>DESPLAZADO</b>		<b>DISCAPACITADO</b>		<b>REINSERTADO</b>							
<b>3. ASEGURAMIENTO:</b>		<b>NIVEL DE SISBEN</b>				<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>									
<b>RÉGIMEN:</b>		<b>EPS</b>																	
<b>4. HABITA EN: (LOCALIZACIÓN)</b>		<b>DIRECCIÓN</b>				<b>BARRIO</b>				<b>COMUNA</b>				<b>TIEMPO DE PERMANENCIA EL LA DIRECCIÓN ACTUAL</b>		<b>Hacinamiento</b>			
<b>5. EMBARAZO ACTUAL</b>		<b>FECHA DE LA ULTIMA REGLA</b>				<b>DD</b>		<b>MM</b>		<b>AA</b>		<b>PARIDAD</b>		<b>G</b>		<b>P</b>		<b>A</b>	
<b>5.1 ¿CARNET DE CONTROL PRENATAL? MARQUE SU ESTADO</b>		<b>COMPLETO</b>				<b>INCOMPLETO</b>				<b>SIN CARNET</b>				<b>MOTIVO</b>					
<b>CONTROL PRENATAL</b>		<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>CUANTOS</b>		<b>MOTIVO</b>											
<b>HALLAZGOS PSICOLÓGICOS</b>																			
<b>5.2 EL EMBARAZO ACTUAL ES:</b>																			
<b>PLANEADO</b>		<b>DESEADO</b>		<b>NO DESEADO</b>		<b>GESTANTE</b>		<b>CONYUGE</b>		<b>FAMILIA DEL CONYUGE</b>		<b>FAMILIA DE ORIGEN</b>		<b>FOR NINGUNO</b>		<b>OTRO</b>			
<b>5.3 DURANTE LA EMBARAZO ACTUAL HA PRESENTADO:</b>																			
<b>TENSIONES INTRAFAMILIARES</b>				<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TENSIONES CONYUGALES</b>				<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TENSIONES EN EL EMBARAZO</b>			
<b>MUERTES</b>				<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>CAMBIOS Y TRANSICIONES</b>				<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>OTRO</b>			
<b>5.4 RIESGO PSICOSOCIAL</b>																			
<b>TENSION EMOCIONAL</b>		LLANTO FACIL, TENSION MUSCULAR, SOBRESALTO, TEMBLOR, NO PODER QUEDARSE QUIETA.										<b>AUSENTE</b>		<b>INTENSO</b>					
<b>HUMOR DEPRESIVO</b>		INSOMNIO, FALTA DE INTERES, NO DISFRUTA PASATIEMPO, DEPRESION, MAL GENIO										<b>AUSENTE</b>		<b>INTENSO</b>					
<b>SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS</b>		TRANSPIRACION MANOS, BOCA SECA, ACCESOS DE RUBOR, PALIDEZ, CEFALEA DE TENSION.										<b>AUSENTE</b>		<b>INTENSO</b>					
<b>SOPORTE FAMILIAR: SATISFECHA CON LA FORMA COMO USTED COMPARTIE CON SU FAMILIA Y/O COMPAÑERO</b>				<b>EL TIEMPO EL ESPACIO EL DINERO</b>				<b>CASI SIEMPRE</b>				<b>A VECES</b>		<b>NUNCA</b>					
<b>DATOS ADICIONALES</b>		<b>CONSUMO DE DROGAS (INCLUIDO EL TABAQUISMO Y CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL)</b>				<b>CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O AFECION MEDICA SEVERA</b>				<b>SI MARCO 'SI' EN EL ITEM ANTERIOR, ESPECIFICAR CUAL?</b>									
<b>APOYO PSICOSOCIAL</b>		<b>CERCANO</b>		<b>1</b>		<b>MEDIO</b>		<b>2</b>		<b>LEJANO</b>		<b>3</b>		<b>SIN APOYO</b>		<b>4</b>			
<b>PARENTESCO</b>		<b>CALIFICACION DE APOYO</b>				<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>				<b>TELÉFONO DE CONTACTO</b>									
<b>COMPAÑERO</b>																			
<b>MADRE</b>																			
<b>PADRE</b>																			
<b>SUEGROS</b>																			
<b>HERMANOS</b>																			
<b>AMIGOS</b>																			
<b>VECINOS</b>																			
<b>INSTITUCION</b>																			
<b>OTROS</b>																			
<b>HALLAZGOS SOCIALES</b>																			
<b>5.5 CONVIVENCIA DE LA GESTANTE</b>																			
<b>CON EL COMPAÑERO</b>				<b>CON LA FAMILIA DE ORIGEN</b>				<b>CON LA FAMILIA DEL COMPAÑERO</b>				<b>INSTITUCIONALIZADA</b>							
<b>SOLA CON HIJOS MENORES</b>				<b>SOLA SIN HIJOS</b>				<b>PERSONAS NO FAMILIARES</b>				<b>OTRO</b>							
<b>5.6 CON QUIEN ACCEDE A LOS SERVICIOS DE SALUD?</b>																			
<b>CON EL COMPAÑERO</b>				<b>CON OTRO FAMILIAR</b>				<b>CON AMIGAVECINA</b>				<b>SOLA</b>							
<b>CON LA MAMA</b>				<b>CON LA SUEGRA</b>				<b>OTRA</b>											
<b>5.7 SITUACION ECONOMICA</b>																			
<b>TIENE INGRESOS PROPIOS</b>				<b>BONO DE PROGRAMAS SOCIALES</b>				<b>FAMILIAS EN ACCION</b>											
<b>NO TIENE INGRESOS EL CONYUGE APOYA</b>				<b>COMEDOR COMUNITARIO</b>				<b>CASA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES</b>											
<b>NO TIENE INGRESOS LA FAMILIA LA APOYA</b>				<b>FAMI</b>				<b>CON LA FAMILIA DEL COMPAÑERO</b>											
<b>NO TIENE APOYO ECONOMICO ALGUNO</b>				<b>ONG</b>				<b>OTROS</b>											
<b>6.1 BARRERAS DE ASEGURAMIENTO</b>																			
<b>NO SE ENCUENTRA EN BASE DE DATOS</b>				<b>MULTIAFIILIADO (DOBLE AFILIACION)</b>				<b>OTRO ENTE TERRITORIO NACIONAL</b>				<b>DEBIDO PROCESO</b>				<b>NO TRANSPORTE PARA AUTORIZAR SERVICIOS</b>			
<b>DEMORA EN LA REMISION</b>				<b>NO CAPACIDAD DE PAGO</b>				<b>FRAGMENTACION DE LA ATENCION</b>				<b>OTRO CUAL?</b>							
<b>6.2 BARRERAS CULTURALES</b>																			
<b>LAS CREENCIAS NO LE PERMITEN ASISTIR A LOS SERVICIOS MEDICOS</b>				<b>LE DA VERGUEENZA QUE SEPAN QUE ESTA EMBARAZADA</b>				<b>DESCONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL</b>				<b>LA DECISION DE ACUDIR AL SERVICIO DE SALUD LA TOMA LA PAREJA</b>				<b>OTRO</b>			
<b>6.3 BARRERAS DE CALIDAD</b>																			
<b>INOPORTUNIDAD EN LAS CITAS DE CONTROL PRENATAL</b>				<b>INSATISFACCION CON LOS SERVICIOS PRESTADOS</b>				<b>ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA A LOS SERVICIOS DE SALUD DEFICIENTE</b>				<b>OTRO</b>							
<b>7. TEMAS DE INFORMACION</b>																			
<b>MATERNIDAD SEGURA (SIGNOS DE ALARMA, MULTIVITAMICOS, LABORATORIOS)</b>		<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>		<b>INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL</b>		<b>PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMESTICA</b>		<b>PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES</b>		<b>LACTANCIA MATERNA Y HÁBITOS ALIMENTICIOS</b>		<b>FOMENTO DE LA PRUEBA DE VIH</b>		<b>ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>		<b>DETECCION DE CA DE CERVIX Y DE MAMA</b>		<b>VINCULACION DE L COMPAÑERO Y LA FAMILIA</b>	
<b>MATERIAL RECIBIDO</b>																			
<p>-----</p> <p>-----</p>																			
<b>FIRMA DEL USUARIO</b>												<b>FIRMA DEL CANALIZADOR</b>							