

RELACIÓN ENTRE LOS ITINERARIOS DE ATENCIÓN DE LAS
GESTANTES Y SU INASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN
MADRID (CUNDINAMARCA)

JOSÉ EDUARDO BAQUERO MACHADO

LINA MARÍA MORALES BOHÓRQUEZ

ADRIANA PUYO SOLÓRZANO

LIZNA ENERIETH RUIZ CARTAGENA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

ASESOR

CLAUDIA OFELIA HURTADO ARANGO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA UNICOC
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CHÍA, COLOMBIA 5 DE AGOSTO DE 2013

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
1. RESUMEN.....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
4. JUSTIFICACION.....	10
5. OBJETIVOS.....	14
6. MARCO TEORICO.....	15
6.1. GUÍAS Y MODELOS DE ATENCIÓN PARA EL CONTROL PRENATAL.....	18
6.1.1. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo.....	18
6.1.2. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud Pública.....	19
6.1.3. Tiempos De Realización Del Control Prenatal.....	21
6.2. ANTECEDENTES.....	21
6.2.1. Antecedentes Históricos Del Control Prenatal.....	21
6.2.2. Control Prenatal En Colombia.....	22
6.2.3. Características Fundamentales Por Las Cuales Se Debe Dar La Atención.....	24
6.3 ANTECEDENTES LEGALES.....	25
6.3.1 Legislación en salud materna en el mundo y su impacto en Colombia.....	25
7. MÉTODOLOGIA.....	29
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
9. RESULTADOS Y ANALISIS.....	33
10. DISCUSIÓN.....	40
11. CONCLUSIONES.....	43
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
13. ANEXOS.....	48

Lista de Tablas

1. Atención del parto y cuidado prenatal por médico y enfermera en Colombia 1995, 2000 y 2005
2. Categorías a priori: itinerarios burocráticos y obstáculos en la atención

Lista de Anexos

1. Ficha técnica, entrevista a gestantes
2. Grafica a ocupación de las gestantes
3. Grafica tiempo de gestación
4. Grafica a la pregunta ¿Qué persona le sugirió a la gestante acudir al control prenatal?
5. Grafica de la frecuencia de inasistencia de la gestante al control prenatal
6. Grafica de la razones por las cuales la gestante no ha acudido al control prenatal
7. Grafica al tiempo de espera para la atención inicial en el control prenatal
8. Tabla tiempo de asistencia al control prenatal vs tiempo de gestación

1. RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo descriptivo sobre la relación entre los itinerarios de atención de las gestantes y su inasistencia al programa de control prenatal, en el Municipio de Madrid (Cundinamarca).

Para obtener la información se utilizó como instrumento una entrevista que indaga sobre la satisfacción de las gestantes con el programa y las causas del ausentismo al mismo. Las gestantes identificaron cómo es el funcionamiento del programa, la infraestructura del lugar de atención, la relación con el personal que guía este proceso, sus itinerarios de atención, las experiencias que han tenido con el programa y sus relaciones como sujetos políticos ante el mismo.

Las gestantes entrevistadas son mayores de edad, en su gran mayoría multíparas, pertenecientes al régimen subsidiado y contributivo y residen en la cabecera municipal.

Los resultados del estudio señalan que la mayoría de las maternas del régimen subsidiado no se encuentran satisfechas con la atención que se ofrece en el lugar donde se realiza el control prenatal, mientras que las maternas del régimen contributivo no tienen muchas quejas al respecto, esto sugiere que la insatisfacción puede ser un determinante del ausentismo que se presenta en el programa.

Otro aspecto encontrado se relaciona con las falencias que en el régimen subsidiado existen específicamente en los programas de Promoción y Prevención, y la poca calidad de los servicios que prestan. Los datos hallados muestran el impacto que se genera al no realizarse una adecuada prestación de servicios de salud, lo cual posiblemente afecte el indicador de mortalidad materna y perinatal, que se quiere reducir para cumplir con los objetivos del milenio relacionados con salud.

Palabras clave: gestantes, itinerarios, atención, programa, control, prenatal, inasistencia, salud.

2. INTRODUCCIÓN

El ser humano desde su nacimiento está inmerso en procesos que modifican el patrón del ciclo salud- enfermedad, cabe resaltar entonces que este proceso individual y colectivo se da como consecuencia del modo y medio de vida en el cual se desarrolla el individuo.

Una de las etapas más significativas de la vida es la gestación, en este periodo es posible que el niño desarrolle sus potencialidades si se cuenta con un buen programa de control prenatal, donde se integren componentes de prevención primaria, secundaria y terciaria al binomio madre- hijo. La atención integral que se da en esta etapa permite mantener la salud y disminuir la morbimortalidad prenatal y perinatal; por tal razón es evidente que el contexto social y la adecuada prestación de servicios de salud contribuyen en la exitosa evolución del embarazo.

En el proceso de prestación del servicio de salud a la mujer gestante intervienen: la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización de la atención y el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico. En este proceso en hay dos aspectos a tomar en cuenta, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínicos, y el otro que hace referencia al trato recibido por las pacientes.

Para esta atención se requiere de una adecuada estructura de servicios de salud y un proceso administrativo comprometido con el adecuado manejo de los recursos disponibles, de estos dos elementos depende la disposición del personal, la programación de las citas, la disposición del tiempo para cada cita de control prenatal y los equipos y elementos necesarios para su realización.

Teniendo en cuenta estos procesos administrativos y gerenciales, se pretende estudiar en la población de Madrid Cundinamarca el ingreso de las gestantes al programa de control prenatal, resaltando la importancia de saber cómo perciben ellas el proceso de atención, la relación que los entornos sociales tiene con dichos procesos y su participación como sujetos políticos ante los mismos, ya que la posible ocurrencia de condiciones que alteren el apropiado desarrollo de la salud del binomio Madre – Hijo pueden causar muertes en el recién nacido y/o la materna, mayor incidencia de remisiones a niveles superiores de complejidad, complicaciones del embarazo y el parto, incremento de los costos de los servicios de salud (Unidad de Cuidado Intensivo - UCI neonatal, remisiones); y todas las implicaciones a nivel familiar y social que se presentan por una muerte materna.

3. PLANTIAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna evitable ha sido identificada como un problema de salud pública. En 1996 se estimaba una razón de 104,9 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos¹. En el estudio de Gómez, 2001², sobre mortalidad evitable, mediante el análisis de joinpoint de las tasas ajustadas de mortalidad obstétrica, en el período 1985-2001, se hizo evidente la creciente mortalidad por causas obstétricas a partir de 1996; con este estudio se hizo claro que el riesgo de muerte materna, que se estaba reduciendo desde el comienzo del estudio en 1985 a un ritmo de 0,2 muertes por cien mil nacidos vivos, varía a partir de 1996 y toman un ascenso mostrando un crecimiento anual de 0,2 defunciones por cien mil nacidos vivos, dos años después de empezar a funcionar el Sistema General de Seguridad Social en salud – SGSSS.

A partir del análisis de las principales causas que se evidenciaron en este estudio, las cuales son totalmente prevenibles con una atención oportuna (toxemia, hemorragias, sepsis, abortos), es notable una posible disminución en la calidad de la atención y esta se manifiesta según Gómez porque “quizá pueda pensarse en que la ocurrencia de muertes maternas esté asociada más que a condiciones de pobreza y acceso a servicios de salud, a condiciones de calidad de la atención en el nivel individual pues a pesar del aumento de coberturas y acceso, ha aumentado igualmente la razón de mortalidad”².

De acuerdo con las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud entre 1995 y 2005 la proporción de mujeres con cuidado prenatal por médico o enfermera pasó de 82,6% a 93,5%, y la proporción de partos atendidos por médico o enfermera pasó de 84,6% a 90,7%, con este incremento en la atención institucional del parto es posible analizar, que el aumento del control prenatal profesional al igual que el de la atención por profesional del parto, debió haber tenido un impacto más concluyente en la reducción de las muertes maternas.

La mortalidad perinatal, según Gómez, 2001² “disminuyó tácitamente hasta 1996, luego empezó a aumentar a partir de 1997 y así fue hasta el año 2000 cuando empezó a bajar, pero se veía que en el año 2001 los niveles de mortalidad eran similares a los presentados en el año de 1986”. Podría esperarse que la mayor cobertura de la atención prenatal y de la atención institucional del parto tuvieran un efecto en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, pero esto no es así. En el siguiente cuadro se muestra por qué no existe una reducción significativa de la muerte materna.

Tabla 1. Atención del parto y cuidado prenatal por médico y enfermera en Colombia 1995, 2000 y 2005

	1995	2000	2005
Parto por comadrona	8,5	8,7	5,7
Parto por MD o enfermera	84,4	84,4	90,7
Cuidado prenatal por MD o enfermera	82,6	90,8	93,5

Fuente: Profamilia⁴

Si para Colombia este ha sido el panorama, para Cundinamarca se evidencia que es aún peor mostrando para el año 2005 de 84,8 por cada 10000 habitantes⁴ y un bajo peso al nacer de 9.5% de los nacidos vivos.

Cabe resaltar que el municipio de Madrid Cundinamarca es un importante punto de referencia para la atención en salud debido a que es el segundo municipio con mayor crecimiento poblacional después de Soacha; a sus instituciones acude un porcentaje importante de la población de la región, la cual es de 67.042 habitantes, de acuerdo con las proyecciones del DANE, esta población se divide en 33.566 hombres y 33.476 mujeres, de las cuales un 59% del total se encuentran en edad fértil. De acuerdo con las investigaciones que se han realizado, se puede notar que hace falta una evaluación del impacto que generó el Plan Operativo Anual de 2012, el cual se centra en la reducción de tasas de mortalidad materna, la violencia sexual e intrafamiliar y los embarazos en adolescentes; teniendo en cuenta que según el diagnóstico realizado, previo al planteamiento del Plan, estos son los problemas que afectan en mayor medida al municipio⁵.

Se hace evidente entonces que según las cifras encontradas para el departamento de Cundinamarca, aún existen mujeres que no son atendidas en las instituciones de salud, ya sea porque no acuden por convicción propia o por dificultades en el acceso o la calidad de estos servicios, por estas razones, este se convierte entonces en un interesante caso de estudio, por medio del cual se permitirá comprender por qué en un momento donde existen altas coberturas de control prenatal, de atención del parto por profesionales y el acceso se encuentra garantizado por el SGSSS, la mujer gestante no acude con regularidad al programa, lo cual se ve representado en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal evitable; también se pretende con este estudio comprender las vivencias de la mujer gestante y como sujeto político, dentro de los procesos de atención, lo cual permitirá dar un mayor alcance a las explicaciones que hasta hoy se han planteado acerca de la mortalidad materna dentro del sistema colombiano y específicamente en el municipio de Madrid.

Teniendo en cuenta lo expuesto se estudiarán los itinerarios burocráticos los cuales, son comprendidos como “el marco global que representa la experiencia personal del sistema de salud colombiano” ⁶ pues estos han mostrado su potencial teórico y metodológico para el análisis de los procesos de atención en salud. Sin embargo este tipo de análisis aún no ha sido explorado para comprender la atención de la mujer gestante; lo anterior permite preguntar ¿Cuál es la relación que existe entre los itinerarios de atención de las gestantes y su inasistencia al programa de control prenatal, en el municipio de Madrid Cundinamarca?

4. JUSTIFICACIÓN

Es muy común que en países con bajo desarrollo como el nuestro, las mujeres inicien su vida sexual a edades tempranas y de forma promiscua, además a este fenómeno se suma el acceso limitado a los métodos de planificación familiar, llevando esto a complicaciones en la gestación por concebir a edades tempranas, embarazos no deseados, abortos inducidos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y maltrato físico, psicológico y sexual. Por otra parte, las mujeres que tienen a lo sumo cuatro hijos muestran razones de mortalidad materna superiores a las mujeres con 2 o menos hijos; así como el uso de anticonceptivos que representa un número menor de mortalidad ⁷.

La mortalidad materna en Colombia se mantuvo en cifras bajas hasta los años 80, posteriormente ha venido aumentando su registro debido a la elaboración del certificado de defunción creado por el DANE en 1995, desde ese entonces se incrementó el promedio de muertes maternas por año. De igual forma, este fenómeno se presentó con el certificado del nacido vivo; todo esto ocurrió debido a que se optimizó el registro de nacimientos y con estos dos datos se evidenció la real magnitud de la mortalidad materna y perinatal, ya que se había generado una metodología confiable para el cálculo de este importante ítem ⁷.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta que se ha propuesto el país para cumplir con los objetivos del milenio relacionados con salud es reducirla de 99 por mil nacidos vivos a 45 por mil nacidos vivos ⁸, para ello, se han definido un conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar a las instituciones, pacientes, familiares, investigadores, Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos que están involucrados en la detección temprana de alteraciones del embarazo, Sin embargo, a pesar de estas medidas se siguen presentando cifras elevadas de mortalidad materna que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos en el país ¹.

Los parámetros estipulados para considerar que se está realizando un buen control prenatal es de mínimo 5 asistencias a controles, pero se encontró que 424 maternas (34%) estuvieron por debajo de esta cifra y 22 nunca asistieron a controles ⁹.

En concordancia, la mortalidad materna debe ser valorada a partir de los derechos humanos, aspectos de igualdad social y procedimientos de salud pública. Esta situación denota una oportunidad para mejorar la atención y llegar a un buen nivel de salud reproductiva, el ejercicio de los derechos sexuales y mejorar las condiciones de vida.

Cabe resaltar que actualmente la atención del control prenatal institucional es de 84,8%, lo cual quiere decir que cerca de 200.000 mujeres pasan por la maternidad sin ningún tipo de control durante la gestación, esto se expresa así en la Norma Técnica para la Atención Prenatal ¹⁰; y para aquellas que si reciben la atención, esta se enfoca principalmente en la realización de interrogatorios y exámenes físicos establecidos y esquematizados, con

herramientas de diagnóstico adicionales como los paraclínicos e imágenes (ecografías), acompañados posteriormente de tratamientos según sea el caso. En consecuencia, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Entidades Promotoras de Salud - EPS carecen de información y orientación a las gestantes. Además se evidencia la exclusión en el acceso a los servicios de salud, vulnerando así, los derechos humanos y el derecho a la salud, teniendo en cuenta que aproximadamente 12 millones de colombianos no satisfacen sus necesidades de salud¹¹.

Existen barreras de tipo social, económico y cultural, entre otras, que son ajenas a las gestantes y que les impiden acceder y adherirse al control prenatal; estos factores generan vulnerabilidad, y los que más influyen son los relacionados con el grado de escolaridad y la pobreza. Sumado a esto, hay falencias en la gestión e institucionalización de prácticas que de igual forma ocasionan dificultades para el acceso y la atención.¹²

Los retrasos en la atención materna aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en el estado de salud de la gestante. Algunas de estos han sido identificadas como: el retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, la demora para acudir a las instituciones de salud cuando la gestante presenta complicaciones y la inoportuna prestación de los servicios de urgencias. Para reducir estos riesgos los investigadores han recomendado tres acciones que son: proporcionar la información necesaria para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro, dar las herramientas adecuadas a las gestantes y sus familias para que decidan buscar atención, y otorgar garantías de prestación de servicios de forma adecuada y oportuna en las instituciones de salud.¹³

El régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, también ha influido en la mortalidad materna y perinatal porque además de presentar inequidad entre ambos regímenes en cuanto a la oportunidad de la atención y la calidad de los servicios; de acuerdo con los resultados de un análisis realizado por los doctores Morales-Osorno B y Martínez 2009¹⁴, se encontró que la morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al régimen contributivo, con control prenatal adecuado y atención oportuna, mostró una incidencia de complicaciones extremas menor a 1,1% mientras que la morbilidad perinatal fue de 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud, el estudio concluyó que las mejoras en la calidad del control prenatal reduciría el 80% las muertes evitables¹⁴.

Aunque la mayoría de modelos de control prenatal no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que éstos han sido insuficientes, con consultas irregulares, larga espera y mala respuesta en el cuidado de las mujeres. A partir de los hallazgos sobre la mortalidad evitable y calidad del control prenatal, es recomendable revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materna, como posible causa de las deficiencias en los controles y la adherencia a los mismos¹⁴.

Es importante tener en cuenta que el derecho de la gestante a la integridad personal guarda una estrecha relación con el derecho a la salud. La provisión de servicios adecuados y oportunos es una de las medidas principales para garantizarlo mediante políticas sanitarias

y sociales en la cuales se priorice el derecho de tener asistencia médica sin discriminación, de acuerdo con el nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad¹⁵. La protección de este derecho, lleva consigo la obligación de garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones, a los servicios de salud que se requieran teniendo en cuenta las necesidades particulares relacionadas con el embarazo¹⁶.

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, se ha constatado que muchas mujeres en situación de exclusión (entendida ésta como una condición que perjudica a ciertos individuos o grupos sociales de acceder a servicios básicos de calidad) están más propensas a sufrir una vulneración del derecho a la integridad física, psíquica y moral en el acceso a los servicios de salud materna a causa de algunas barreras que impiden que sea atendida cuando necesita. Así, la accesibilidad, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por determinados grupos de población que se encuentran desfavorecidos¹⁷.

Las barreras mencionadas, están relacionadas con la ausencia o insuficiencia de perspectiva de género en las políticas públicas para abordar las necesidades en salud de las mujeres, particularmente para reducir la mortalidad materna. También están relacionadas con diferentes formas de discriminación que las mujeres han enfrentado en distintos niveles, sea en el hogar o en los establecimientos de salud, generándose desigualdades de género en cuanto al disfrute de sus derechos humanos.

La Organización Mundial de la Salud, muestra que la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres y su extensión es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición y a oportunidades económicas¹⁶. Por estas razones en nuestro país se han emprendido diversos esfuerzos para abordar este desafío a través de modificaciones en la legislación, las políticas, los programas y los servicios. No obstante, las tendencias indican que a pesar de los esfuerzos, estos aún se encuentran muy por debajo de la meta establecida en los objetivos del desarrollo del milenio¹⁷.

La integración de los esfuerzos en salud sexual y reproductiva se materializaron en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva diseñada en 2003. En la formulación de esta, se tuvo en cuenta que los bajos niveles de salud sexual y reproductiva están asociados con poca educación, pobreza, ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, desplazamiento de la población o localización en zonas de conflicto, comportamientos que generan riesgo, inicio temprano de relaciones sexuales y algunos estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y las relaciones interpersonales. Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la salud sexual y reproductiva son las deficiencias de calidad y bajo acceso a los mismos, la atención tan fragmentada, la falta de conocimiento de las normas o la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción. Así mismo, hay esquemas de prestación de servicios que no se ajustan a las características de las mujeres y sus familias, como tampoco existen modelos integrales de gestión en salud sexual y reproductiva.

Es importante tener en cuenta que previo al embarazo existen medidas altamente efectivas para disminuir la mortalidad materna. Éstas se enfocan en garantizar el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no planeados, retrasar la maternidad y espaciar los nacimientos, previniendo las complicaciones de los abortos y de los embarazos no planeados y de alto riesgo, siempre en el contexto de la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, en los que se enfatiza el derecho a la vida.

De otra parte, la posibilidad de beneficiarse de la tecnología en salud de forma oportuna está mediada por el desconocimiento que tienen las mujeres y las familias acerca de cuándo, dónde y por qué solicitar ayuda; las barreras geográficas y económicas y por la dificultad de hacer uso de los servicios sin interferir en sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar; la eventualidad de alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, así como de tener los derechos sexuales estrechamente ligados a las condiciones de vida, a una sociedad tolerante con la diversidad de los puntos de vista, y a la implementación eficaz de políticas públicas orientadas a reducir la inequidad de género y las demás inequidades sociales, en especial, en el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva¹⁸.

Cabe resaltar que según el estudio de Ramos 2004¹⁸ existe un problema relacionado con las deficiencias en la organización de los servicios de atención a la población, por esto se hace evidente la necesidad de focalizar las intervenciones, de acuerdo con los factores específicos que determinan la ocurrencia de muertes maternas en un grupo poblacional. Se requiere entonces mejorar la disposición de servicios de atención obstétrica esencial y reducir las barreras de acceso de la población rural y de la afiliada a la seguridad social en el régimen subsidiado, así como desarrollar iniciativas que permitan evaluar la atención del sector en la maternidad, de forma que se logre alcanzar los niveles de protección esperados y reducir los riesgos de complicación y muerte.

En la actualidad se vive un dilema entre inclusión y exclusión de las mujeres afiliadas al sistema, además del aumento de los riesgos de morbimortalidad, la falta de medicamentos, el aumento de costos, etc. Por estas y aún más razones, los profesionales de la salud encargados de realizar la atención prenatal no cuentan con el espacio y el tiempo adecuado para organizar un proceso educativo sobre el estado gestacional de cada una de las mujeres. Situación conducente al no reconocimiento de signos de alarma, ignorancia de aspectos básicos y cuidados elementales, entre otras. Entonces hablamos de la pérdida de oportunidades, puesto que actividades como: la toma de citologías, la prevención del cáncer, el autoexamen de seno y la anticoncepción son de alta externalidad y hacen parte de la atención primaria en salud, así justificamos entonces que países de menor desarrollo como es Colombia muestre cifras tan altas de muertes maternas, siendo las mujeres pobres quienes representan mayores riesgos de muerte.

5. OBJETIVOS

III. A. Objetivo General

Conocer la relación que existe entre los itinerarios de atención de las gestantes y su inasistencia al programa de atención prenatal, en el Municipio de Madrid Cundinamarca.

III. B. Objetivos Específicos

1. Identificar los itinerarios del proceso de atención para las gestantes.
2. Visibilizar las situaciones problema que causan la inasistencia de las gestantes al programa de atención prenatal.

6. MARCO TEÓRICO

El municipio de Madrid Cundinamarca tiene a su cargo una población que se divide entre habitantes de cabecera municipal con un número de 58.024 y habitantes de zona rural con un número de 9.018 los cuales presentan un nivel de pobreza de 6.1%, de lo anterior se obtiene una población total del municipio de 67042 habitantes, de los cuales encontramos 33476 mujeres y una distribución por rango de edad de 51.37% en la edad fértil entre los 14 y 44 años, donde se presenta una tasa bruta de natalidad de 14.9 por cada 1000 habitantes, y una mortalidad estimada para el departamento de 84,8 por cada 10000 habitantes además de un estado de afiliación al sistema general de seguridad social en salud de población incorporada al régimen subsidiado de 23582 (atendidos por EPS) y de población vinculada sin régimen atribuido de 6796 los cuales son personas encuestadas por el SISBEN, clasificadas como pobres pero que no cuentan con EPS¹⁹.

El Plan de Salud Territorial es adoptado y elaborado de acuerdo a los lineamientos y parámetros establecidos a nivel nacional con el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 425 de 2008, comprendiendo acciones en Salud Pública de Intervenciones Colectivas para mejorar la salud de la población del Municipio, previniendo, superando los riesgos y disminuyendo el deterioro de la salud a nivel individual, familiar y colectivo mediante el compromiso de todos los actores en salud en busca de un objetivo en común.

El Plan de Salud Pública está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya formulación va encaminada a mejorar las condiciones de vida en salud teniendo en cuenta las necesidades básicas de la población y que busca optimizar los recursos asignados, formulando metas y estrategias que den impacto en la sociedad para formar cultura en salud; este Plan tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población del municipio, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud⁹.

En el Plan Operativo Anual de 2006 del municipio se encuentran actividades en salud sexual y reproductiva, que se ajustan a los requerimientos nacionales, pero hace falta una evaluación de su impacto en la reducción de tasas de mortalidad materna, embarazos en adolescentes y violencia doméstica y sexual, problemas que aquejan especialmente al municipio⁹.

La morbilidad materna es un tipo especial e importante para el municipio, se contempla dentro de patologías generales, teniendo diagnósticos de supervisión en primer embarazo normal (647 casos), supervisión de otros embarazos normales (309), embarazo confirmado (7), supervisión embarazo normal no especificado (2) y amenaza de aborto (1) para un total de 966 casos. Las complicaciones durante el embarazo se asocian con pobreza, mala alimentación e inadecuado control prenatal. Según nacimientos en las estadísticas vitales del DANE, se presentaron 135 embarazos en adolescentes entre 13 a 17 años, es una alta incidencia. En cuanto a la tasa de mortalidad materna en Madrid decimos que es de 237 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos⁹.

Muertes perinatales: se consideran las producidas en la semana 22 de gestación hasta el día 7 del nacimiento. Ocurrieron 15, de las cuales 7 fueron mujeres y 8 hombres. Tasa de mortalidad perinatal en Madrid = 12 muertes perinatales por mil nacidos vivos Según Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 la tasa de mortalidad perinatal fue de 17 muertes por mil nacidos vivos⁹.

Total de abortos que se producen antes de la semana 21 de gestación: 62⁹.

Tasa de fecundidad general (TFG) = 73 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en el municipio de Madrid. La TFG para Cundinamarca está en 75.6 nacimientos, según proyecciones de población 2005-2010. A pesar del gran número de mujeres en edad fértil que representan el 51% (15166) del total de las mujeres (29425); un porcentaje que supera el promedio nacional de 27.2% en el municipio, la tasa de fecundidad está dentro de los valores esperados. Se ha observado un inicio temprano de relaciones sexuales lo cual se traduce en un aumento de la fecundidad; para el año 2006 su fecundidad está en 15% la meta es disminuirla a 5%. El riesgo de complicaciones en embarazos de adolescentes se presenta en las menores de 15 años con hipertensión, embarazos pre término, parto prolongado, complicaciones intraparto (sufrimiento fetal, atonía uterina), desproporción feto-pélvica y recién nacidos con bajo peso⁹.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio está la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. A nivel nacional se espera que para el 2015 se reduzca la razón a 45 muertes por cien mil nacidos vivos; en la actualidad está en 68 muertes por cien mil nacidos vivos. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan, el estado de inferioridad económica, educativa o familiar y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar.

Los fenómenos sociales son multicausales y para comprenderlos se requiere que su estudio se realice a partir de un sustento teórico, en este caso, se toman los itinerarios burocráticos como un constructo teórico y metodológico que vincula las experiencias personales de enfermedad con la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, lo cual sirve para entender, evaluar y comparar el funcionamiento del sistema mostrando que la atención gerenciada en Colombia ha creado burocracias complejas que limitan el acceso a la atención por medio de mecanismos que han dado como resultado consecuencias nefastas para la vida de las personas⁶.

En el sistema de salud colombiano se han detectado varias fallas, entre las cuales se incluye un aumento de enfermedades prevenibles asociadas con la clausura de programas de prevención y de salud pública además del colapso de las redes públicas de salud⁶.

Por lo anterior se evidencia que las vivencias de las personas no son tenidas en cuenta. Al respecto, en el artículo de Abadía y Oviedo, 2009⁶ sobre los itinerarios burocráticos se encuentra que el sistema de salud colombiano ha creado nuevos tipos de itinerarios en los que la atención en salud no depende de las necesidades del usuario ni de la actuación

médica sino del cumplimiento de las normas administrativas del sistema y los costos financieros las cuales crean nuevas barreras de acceso y calidad.

Es posible afirmar entonces que el número de personas aseguradas que llega a un 95% de la población colombiana no demuestra la realidad en cuanto a acceso a los servicios de salud se refiere, al contrario, se demuestra que la atención recibida no se corresponde necesariamente con la satisfacción que se pretende de la misma.

En el artículo escrito por Esperanza Echeverry López 2011²⁰ sobre la reforma de la salud y la reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios realizado en Medellín Colombia, la autora pone en evidencia cuatro obstáculos que reducen el acceso a los servicios de salud, ellos son: las carencias e insuficiencias en la disponibilidad de la red pública de servicios, las barreras económicas, el diseño del seguro y el aplazamiento de la atención especializada. Para el estudio de este fenómeno en nuestro sistema de salud se ha tomado como referente el modelo adaptado de Sandra Rodríguez Acosta²¹ donde referencia a Aday y Andersen, en el cual entiende el aspecto de acceso potencial como la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios y las características de la sociedad y el acceso real que es el uso efectivo de los servicios del sistema.

En el caso del Sistema de Identificación de potenciales Beneficiarios para Programas Sociales - SISBEN, los usuarios describen la clasificación hecha por este sistema subsidiado como injusta, porque consideran a las personas más pobres de lo que son, mientras que los no asegurados hablan a su vez de la falta de dinero para buscar los servicios de salud que requieren, esto demuestra la exclusión del régimen subsidiado y la insuficiencia de servicios, que se ven afectados por la crisis de la red pública prestadora y la profundización de las barreras económica e las inequidades, porque los más pobres y los no asegurados son los que menos posibilidades de atención tienen ya que se debe considerar que son los que más obstáculos enfrentan desde la búsqueda inicial de los servicios.

Otro aspecto de vital importancia es que los no asegurados se perciben sin derechos, todo esto se debe a la contención de costos, que son el eje de la de la utilización de los servicios de salud y son los que profundizan las inequidades, a pesar de la unificación de los POS de ambos regímenes (contributivo y subsidiado) que fue establecido en la ley 1438 de 2011.

Todas estas barreras en el acceso anteriormente descritas muestran consecuencias fatales, porque las instituciones evaden la atención de la población y en vez de ser atendida es enviada de institución en institución y en ese itinerario fallece sin recibir los servicios que requiere. En este estudio se percibe que los obstáculos al acceso derivados de la operación del SGSSS, buscan desestimular la atención de servicios maximizando así la rentabilidad de las aseguradoras, a esto se le atribuye la responsabilidad de las muertes evitables como las muertes maternas.

También es importante anotar que la separación entre los componentes curativos y preventivos, la falta de continuidad en los tratamientos, el desconocimiento de la población del sistema en sí y la falta de calidad de la atención son componentes percibidos por los usuarios como injusticias que se han dado por barreras económicas y focalización inadecuada de la población pobre y vulnerable como las gestantes.

El control prenatal se define como “el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”⁹El control prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros básicos como la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal conjuntamente con el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico.

Los componentes del control prenatal son:

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

Con base en estos componentes se definen una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal los cuales son:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

Algunas enfermedades de interés en la salud perinatal y materna son la Pre Eclampsia-Eclampsia, el parto prematuro y bajo peso al nacer y la Diabetes gestacional

6.1 GUÍAS Y MODELOS DE ATENCIÓN PARA EL CONTROL PRENATAL

En diferentes ciudades en búsqueda del mejoramiento y la aplicación adecuada del control prenatal, se han realizado diferentes investigaciones, y de sus conclusiones se han generado Guías y Modelos de Atención para el Control Prenatal. A continuación se muestran estos estudios:

6.1.1 Modelo de atención prenatal de bajo riesgo: el modelo de atención prenatal que tiene en cuenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, muestra barreras que se derivan de tener un manual restringido de exámenes de laboratorio y un depósito farmacológico limitado, donde debe primar la racionalidad en la solicitud y la

prescripción de los mismos y sobretodo un compromiso por parte del personal en salud que atiende a la gestante. Este modelo permite, atender adecuadamente dos pacientes por el mismo costo de una que fuese vista según el modelo actual recomendado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se han probado diferentes modelos de atención prenatal, algunos priorizando el riesgo, otros explorando las características biológicas, psicológicas y sociales, pero en realidad lo más importante es que a cada paciente que se le aplique este, sea analizada individualmente y no como un conjunto de pacientes a las que se les solicita un sin número de exámenes estandarizados pero sin una justificación adecuada, lo que lleva al despilfarro de los recursos con que cuenta el sistema.

Las deficiencias en la elaboración de la historia clínica prenatal por parte del médico, la solicitud de exámenes no indicados y la no solicitud de los que sí lo están, junto a la ausencia de educación proporcionada por el personal de salud a las gestantes y las dificultades en el acceso oportuno a la atención son algunos de los factores determinantes de la mala calidad de atención en pacientes gestantes. El estudio realizado en el Hospital Universitario de Santander sobre los factores determinantes de la mortalidad perinatal, encontró que deficiencias en el control prenatal fueron responsables aproximadamente del 18% de las muertes perinatales.

En 2003, Colombia tenía una tasa de mortalidad perinatal centinela mencionada de 24 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en Bucaramanga era de 24.5, muy superior a lo que ocurre en países desarrollados como Estados Unidos (7.2), Japón (4.5), Inglaterra (6.6), Alemania (6.2) o Cuba (6.0). Este modelo propuso estrategias de cumplimiento ceñidas a los parámetros de calidad de atención en salud, basadas en la revisión de la literatura médica, con menor costo de atención y que dependen de una buena comprensión, aplicabilidad y un alto grado de compromiso de los estamentos involucrados, velando porque se mejore de manera significativa la calidad de la atención prenatal, lo cual podría llegar a convertirse en una disminución significativa de los indicadores.

En la actualidad, este modelo de atención prenatal está siendo aplicado en instituciones públicas y privadas de la ciudad y su seguimiento forma parte del trabajo que continua desarrollándose como principal estrategia mediante los Comités de Vigilancia Epidemiológica de mortalidad Materna y Perinatal, en donde se analizan todos y cada uno de los casos que se presentan en el municipio de Bucaramanga y se buscan las posibles fallas que existieron durante el control prenatal, todo con el fin de que se pueda tener el modelo propuesto. Antes de elaborar esta propuesta, la tasa de mortalidad perinatal en el municipio de Bucaramanga era de 24 por 1.000 recién nacidos; para el 2004, una vez implementado el modelo y capacitados los profesionales que laboran en esta área, la cifra disminuyó a 13.5; a junio del 2005, con el seguimiento y la continuación de la vigilancia epidemiológica, se registró que esta cifra era de 7.0.

6.1.2 Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública

Las 23 Guías que se presentan en dos tomos, se hicieron con el fin de formular recomendaciones basadas en la evidencia para la ejecución de importantes actividades de

promoción de la salud y prevención de enfermedades prioritarias, que a su vez lleven al mejoramiento de la calidad de la atención y el uso racional de los recursos en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. Otro objetivo fue el de generar insumos para la revisión y actualización de los Planes Obligatorios de Salud – POS, contributivo y subsidiado, mediante la revisión y actualización de un amplio grupo de guías y normas incluidas en la ²².

Estas guías fueron elaboradas después de una investigación, de acuerdo con metodologías para el desarrollo de guías reconocidas internacionalmente, durante dos años de trabajo continuo y coordinado entre los institutos de Salud Pública y Epidemiología Clínica de la Universidad Nacional de Colombia, el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS).

Las Guías de detección temprana recogen una serie de recomendaciones para identificar e intervenir tempranamente los principales riesgos en salud en las diferentes etapas de la vida (incluyendo el embarazo) y también detectar signos y síntomas tempranos de enfermedades prevalentes en Colombia, con el fin de posibilitar diagnósticos y tratamientos oportunos.

Esta investigación se llevó a cabo para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal; de acuerdo con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2007) y el Plan de Acción aprobado por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas - ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia, suscrito por Colombia, que buscan reducir la mortalidad materna en 50% en este período y 75% para 2015; así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%, y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país. La tasa de mortalidad materna en Colombia para 2000 fue de 104.9 por 100.000 nacidos vivos, cifra que no ha variado de manera importante en la última década, así como su estructura de causa y grupos de edad que afecta. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que 95% de estas muertes son evitables, siendo posible reducir esta tasa a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto.

Algunos de los factores de riesgo que se pueden identificar a través del control prenatal son la edad gestacional, la condición del feto (que incluye los latidos cardíacos, los movimientos, el tamaño uterino y la estimación clínica del peso), la condición materna y la educación materna (la gestante debe aprender a conocer los síntomas que no son propios del embarazo, a prepararse para el momento del parto, tener conocimiento de la nutrición, la lactancia y sobre sus derechos, recibir orientación sobre la actividad sexual en la gestación y sobre planificación familiar después del parto), y hallazgos de patologías mediante los exámenes de laboratorio que se les solicitan (grupo sanguíneo para prevenir la erioblastosis fetal; el urocultivo para detectar posibles bacterias; VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) es una prueba utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por *Treponema Pálido* (lúes) causante de la sífilis la cual se puede transmitir de la madre al feto; prueba de elisa para detectar VIH; hematocrito relacionada

con el nivel de hierro; glicemia para prevenir diabetes gestacional, albuminuria para prevenir la Pre Eclamsia, papanicolau y ecografía).

6.1.3 Tiempos de realización del control prenatal: Su frecuencia está dada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera, en embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos y económicos destinados por las instituciones prestadoras de servicios de salud (EPS y ESE) para su control; los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc²³.

6.2 ANTECEDENTES

6.2.1 Antecedentes históricos de la atención prenatal: La atención prenatal tiene su inicio en Estados Unidos, fue instituida en su mayoría por reformistas sociales y enfermeras, la pionera fue Elizabeth Blackwell, nacida en Bristol Inglaterra, en 1812; fue rechazada por varias escuelas médicas y finalmente ingresó a la Universidad de Ginebra, graduándose el 23 de Enero de 1849 como la primer médico mujer de la historia. En 1856 abre un dispensario en Nueva York, tuvo el apoyo de varios médicos que ofrecían su consulta ahí. En 1857 funda su propia clínica “Enfermería de Nueva York para las mujeres indigentes y los niños”.

En 1859 trabaja durante la guerra civil y junto con sus hermanas entrena a enfermeras para el servicio en la guerra. Más tarde y por órdenes del presidente Abraham Lincoln, este proyecto se convirtió en la piedra angular de la Comisión Sanitaria de Estados Unidos.

En 1868 las hermanas Blackwell abren la universidad médica de enfermería de la mujer en Nueva York. En 1869 regresa a Inglaterra, allí abre otra universidad para mujeres, en 1875 la designan como profesora de ginecología en la escuela de Londres. Fallece el 31 de mayo de 1910 en Hasting Inglaterra.

En 1901, la esposa de William Lowell Putnam, del Boston Social Service Department, comenzó un programa de visitas de enfermeras a mujeres incorporadas al servicio de partos domiciliarios del Boston Lying-in Hospital. La señora Putnam en 1911 estableció una clínica prenatal para pacientes ambulatorias e instó a las mujeres para que, en lo posible, se inscribieran apenas iniciando el embarazo; convenció entonces a los médicos del John Hopkins Hospital para que apoyaran la atención prenatal sistemática”²⁴ En 1914, en dicho hospital se realizó un estudio afirmando que los cuidados prenatales podrían haber disminuido 40% la mortalidad materna²⁵.

6.2.2 Control prenatal en Colombia: Las principales causas de mortalidad maternal y perinatal se han conferido a eventos prevenibles que se pueden detectar mediante una atención prenatal temprana, conduciendo a la identificación y control de los factores de riesgo inherentes al embarazo y de los posibles riesgos y complicaciones que se pueden presentar durante esta etapa gestacional, de esta manera se puede dar un tratamiento oportuno que además debe ser apoyado por un adecuado sistema de referencia y contra referencia a instituciones de mayor complejidad²⁵. A partir de esto se debe asumir que los cuidados prenatales se deben hacer para generar condiciones de salud óptimas para la mujer gestante y entre estos esta la prevención de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal.

En los estudios que se han realizado como los de ²⁵ se ha detectado en el reino unido que un adecuado control prenatal tiende a mantener más baja la morbilidad y mortalidad y da la posibilidad de tener mejores resultados antes, durante y después del embarazo, con referencia a aquellas mujeres que no acuden a estos programas de atención prenatal o que acuden a aquellos que proporcionan poco o inadecuado apoyo a la gestante, además se ha podido identificar a partir de estas investigaciones que existe una correspondencia entre el número de visitas y la edad gestacional.

Gracias a estos trabajos se han podido dar atenciones basadas en los postulados científicamente aceptados y que dan óptimos resultados luego del embarazo, ya que se centra en las actividades de educación prenatal, el adecuado acceso a los servicios de salud y los programas que permiten una mejor calidad de vida a la embarazada; en Colombia se puede identificar el programa de Familias en Acción del régimen subsidiado el cual sirve como un medio efectivo de acceso a los servicios de salud para la población de escasos recursos económicos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden establecer los aspectos básicos para gestionar atención a mujeres en embarazo ²⁵ Estos son:

- Educación en salud basada en la importancia de los cuidados propios durante el embarazo.
- Alentar la continuidad del control prenatal.
- Promoción de la lactancia materna.
- Fomentar la anticoncepción posparto para procurar una buena salud sexual y reproductiva o promover la planificación definitiva quirúrgica en caso de cesárea urgente.
- Desarrollo de hábitos y conductas favorables para la salud materna y perinatal, evitando el consumo de tabaco, alcohol, fármacos psicoactivos y la automedicación.
- Explicar sobre los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del embarazo y el parto.
- Fomentar los cuidados post parto y del recién nacido.

- Explicar sobre signos y síntomas de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el curso del embarazo y conllevar a un riesgo mayor.
- Dar asesoría en prevención del cáncer de cérvix y de mama.
- Fomentar el porte del carné de control prenatal, de los exámenes de laboratorio y de las ecografías para que el control prenatal sea más eficiente.

Saludcoop en su página muestra que en Latinoamérica de cada 130 mujeres embarazadas una morirá por eventos evitables, se ha calculado más de 6.000.000 muertes maternas anuales, de las cuales el 99% suceden en nuestros países que son considerados como de economías emergentes (tercermundistas).

En Colombia, el Ministerio de Salud ha normatizado que el control prenatal debe hacerse a partir del quinto mes ²⁵ para lograr una reducción real de las cifras de mortalidad materna y perinatal, es por esta razón que se han establecido parámetros adecuados que sirven para dar una real garantía de oportunidad y racionalidad científica. Todo esto está fundamentado en concordancia con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2007) y el Plan de acción aprobado por la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre niñez y adolescencia (parte de los planes de acción de los objetivos del milenio), con estos planes de acción y estrategias de creación de políticas públicas se ha buscado reducir la mortalidad materna en 50% durante este periodo y llegar a un 75% para el 2015 ; aumentar la cantidad de partos con asistencia médica en un 95% , y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país.

Si vamos a las cifras históricas que se hallan en la literatura podemos decir que para el año 2000 la tasa de mortalidad materna fue de 104.9 por cada 100.000 nacidos vivos, cifra que para 2010 estaba en 95 por cada 100.000 nacidos vivos ², esto nos deja ver que a pesar de la puesta en marcha de planes de acción , mejoras en el acceso de salud y demás acciones que se han encausado para llegar a tal fin se puede evidenciar que la cifra a 5 años del 2015 no es alentadora y nos demuestra que las causas de estos altos índices de mortalidad son dados por la inasistencia de las maternas a los controles prenatales; por este motivo es importante tomar en cuenta las Guías de Promoción y Prevención de Enfermedades en Salud Pública y la Guía para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (mayo de 2007), las cuales se desprenden de la mortandad materna ²², en estas se toman como prioridades:

- Promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo.
- Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna.
- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la materna con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno.

- Establecer un plan de control prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante.
- Ofrecer educación a la pareja, que permita una interrelación adecuada entre los padres, familia y sus hijos desde la gestación.

6.2.3 Características fundamentales con las cuales se debe dar la atención: En esta parte se siguen las guías básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, en estas se identifican una serie de características fundamentales que deben ser tomadas en cuenta a la hora de la atención de la gestante y no es más que una serie de procesos, intervenciones y procedimientos que se han considerado propicios para la adecuada atención de esta etapa del ciclo vital reproductivo femenino, esta atención tiene un debe ser el cual se estipula a continuación:

- De calidad: El prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el Decreto 2309/02²⁶
- Precoz: La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.
- Periódica: Garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.
- Con completa cobertura: La atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, de acuerdo con el Decreto 2309/02²⁷“Por el cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud - POS” y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.
- Oportuna: Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la usuaria.

Aparte de estas características particulares que son inherentes a la atención en salud de las gestantes se hace necesario a su vez tener un adecuado sistema de Identificación e inscripción de gestantes en el control prenatal, todo esto con el único fin de desarrollar los programas de atención prenatal incluso antes de la semana doce de embarazo para de esta manera intervenir sobre los factores de riesgo biopsicosociales prevenibles y para los que los que no lo son estos programas son definitivos para detectar los signos de alarma y posibles complicaciones. En este importante ítem se busca:

- Identificar completa y correctamente a la mujer.
- Ordenar una prueba de embarazo si este no es evidente.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal (punto en el cual se ha detectado la mayor cantidad de deserciones de los programas de control prenatal debido a la imposibilidad de la gestante de ir acompañada).
- Informar a la mujer, el compañero o familiar, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características.
- Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.

Por ende este es el procedimiento administrativo a seguir y es allí donde se identifica la labor que se hace desde la gerencia para impactar positivamente en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, esto debe hacerse con la ayuda de los programas de promoción y prevención propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las Guías que se encuentran en la página del Ministerio de Salud y Protección Social¹⁰

6.3 Antecedentes Legales

6.3.1 Legislación en salud materna en el mundo y su impacto en Colombia: La salud materna y perinatal es un concepto que se ha desarrollado partiendo del análisis de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, teniendo en cuenta a su vez la conexidad de esto temas con los aspectos sociales, culturales, demográficos, y de género en que envuelven la vida de las gestantes según se menciona en el estudio de Ospina 2008²⁵

La Organización de las Naciones Unidas promovió la realización de un ciclo de conferencias gubernamentales mundiales, que buscaban situar a la salud sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos de la gestante como requisitos para el desarrollo sostenible y socialmente equitativo. Entre estas reuniones están la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), la Cumbre Mundial Sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Conferencia Internacional sobre la Cooperación y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)²⁵

Estas conferencias internacionales hicieron que los diferentes gobiernos de los países involucrados se comprometieran con la posterior creación de planes que estuviesen girando en torno de las maternas y sus necesidades, todo esto se hizo basado en unos principios rectores los cuales se identificaron como:

- La salud y educación para todos son factores fundamentales del desarrollo.
- Alentar a los hombres a compartir las responsabilidades y a participar en todos los aspectos relativos a la familia, las tareas del hogar, incluidos la crianza de los hijos, la obligación de alimentarlos, la conducta sexual y reproductiva, y las prácticas de planificación familiar.
- Los derechos de la mujer son derechos humanos.
- La emancipación de las personas y la erradicación de la pobreza.
- Todas las personas deben gozar de todos los derechos humanos y de libertades fundamentales.

Estos principios fueron extraídos de manera especial de la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer; en estas conferencias se reconoció que la salud sexual reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos para el desarrollo.

Teniendo en cuenta las anteriores conferencias de las cuales nuestro país fue asiduo participante se suscribieron para Colombia los planes de acción que fueron desarrollados en estas conferencias; con esto se sentó el compromiso colombiano por generar procesos de formulación de políticas públicas, en especial de salud pública basado en los siguientes criterios:

- Las políticas de población y los programas de planificación familiar deben apoyar los principios de elección voluntaria y no imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales, especialmente los de las mujeres.
- La salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho fundamental de la mujer de asumir el control y tomar decisiones respecto de su cuerpo y su sexualidad, son una parte integral del desarrollo y los derechos humanos.
- La integración, desde una perspectiva de género, en todas las políticas, programas y actividades es esencial para mejorar el impacto de los mismos y utilizar mejor los recursos disponibles, basados en cambios de conducta y actitud.
- Una buena salud sexual y reproductiva, más allá del énfasis en la demografía y la planificación familiar, es un requisito previo para lograr el progreso económico y el desarrollo sostenible.
- Asegurar el acceso universal a una amplia variedad de servicios de salud sexual reproductiva, sobre todo para las mujeres y adolescentes, debe ser una meta prioritaria de los programas de control prenatal nacional.
- En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, tienen como base los acuerdos internacionales mencionados y constituyen la aplicación del ejercicio de los derechos humanos a los aspectos de la sexualidad y la reproducción humana. Algunos de estos derechos son:
 - Maternidad y paternidad seguras.
 - Atención humanizada.
 - Tratamiento y atención integral.
 - Educación prenatal completa y con calidad en varias citas médicas.
 - Valoración y respeto por los conocimientos y prácticas culturales.
 - Utilización de los recursos con eficiencia; exámenes de laboratorio, ecografías, carné.
 - Métodos seguros y modernos para regulación de la fecundidad.

Todo esto obedece a elementos teóricos que deben ser tenidos especialmente en cuenta, además que es prioritario que se haga práctica de ellos en todas las regiones del país; es de vital importancia que estos preceptos sirvan de guía para definir conductas que sean apoyo fundamental para la identificación oportuna de las problemáticas de salud de esta población vulnerable en la cual se debe hacer hincapié en las particularidades del entorno en que las gestantes desarrollan su embarazo.

La mortalidad materna en muchos casos es causada por factores que se apartan del campo fundamentalmente médico y que se relacionan con aspectos psicosociales como el entorno socioeconómico, cultural, legislativo y político, las relaciones interpersonales y de pareja, laborales, de género y étnicos. Todos estos componentes están ligados a los estudios en los cuales se identifica que dicha mortalidad se evidencia en mayor medida en los estratos socioeconómicos más pobres, con poco nivel educativo y difícil acceso a los servicios de salud por su ubicación geográfica o en muchas ocasiones por que se encuentran en poblaciones donde la guerra es latente.

Algunos factores que influyen para que Colombia no alcance los objetivos del milenio, en la reducción de la mortalidad materna, son la ubicación geográfica y el grupo etareo (principalmente adolescentes).²⁵ Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores de la eficiencia o no en la atención que se le brinda a la gestante y se puede apreciar la relación íntima que existe entre las condiciones de salud propias del embarazo y como estas se coadyuvan con la calidad de vida de la gestante.

La discriminación y las grandes diferencias sociales son otros factores que hacen que persistan en nuestro país altas cifras de mortalidad materna y perinatal, sin embargo para reducir estas cifras se hace importante mejorar los programas de control prenatal e incluir en ellos la atención en lactancia materna, signos y síntomas de alarma, planificación familiar, cuidados del posparto y del recién nacido y que la gestante porte la carpeta con fotocopias de exámenes de laboratorio y ecografía y el carné de control prenatal

El artículo 166 de la Ley 100 hace referencia a la atención materno - infantil declarando que “el Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia”²⁸.

En Colombia, luego de la Ley 100 de 1993 y comprendiendo que con acciones unificadas de las empresas administradoras de planes de beneficios y el Estado, era posible alcanzar las metas de conseguir un cambio histórico en la salud de la población, mediante el desarrollo de acciones protección específica y detección temprana, por lo anterior el Consejo Nacional de Seguridad Social, el 29 de diciembre de 1998, emitió el Acuerdo 117, que establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Posteriormente el Ministerio de Salud, para el año 2000, reglamentó el anterior Acuerdo, adoptando las Normas Técnicas que son de obligatorio cumplimiento para las acciones de protección específica y detección temprana; además de las guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública, con la resolución 412 del 25 de febrero de 2000, en su artículo 9, literal C, se adopta la Norma Técnica para el Programa de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo, la cual se ha ido mejorado de acuerdo a las

variaciones presentadas en los indicadores de morbimortalidad materna y perfil epidemiológico de la población.

En el mismo año, el Ministerio de Salud encontró que existían ambigüedades en la resolución antes mencionada, por tal razón fue modificada por la resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000, que define una estructura de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuanto responsabilidad del cumplimiento de las normas de atención, guías de atención y metas de cumplimiento, entre otras, esta resolución aún está vigente en la legislación colombiana.

Situándonos entonces en este contexto en el cual se involucran fenómenos sociales y administrativos en la atención del control prenatal, en nuestro país desde hace varias décadas se ha trabajado en iniciativas tendientes a la reducción de la mortalidad materna, por ejemplo, se puede citar que para el año 2011, dichas iniciativas se ajustaron al principio de prevalencia de derechos que se encuentra estipulado en la Ley 1438 en donde se expresa, “Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios”¹, a este también se une el Principio de Enfoque Diferencial en el cual se reconocen las características particulares de la población ofreciendo por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS garantías especiales encaminadas a la eliminación de las situaciones de discriminación.

Dado el anterior marco legal se entiende que en Colombia no existen barreras para el acceso de las gestantes a los programas estipulados desde el Ministerio de Salud y Protección Social para éstas, además de que se cuenta con apoyo de la Red Prestadora para su atención integral; sin embargo, a pesar de estas medidas se siguen presentando cifras elevadas de mortalidad materna que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos en el país según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Estos altos indicadores siguen siendo alarmantes para la nación, razón por la cual esta situación se ha convertido en una prioridad en salud pública, para tal fin se ha decidido movilizar a todos los actores relacionados en torno a un plan de choque que restituya la importancia de la reducción de la mortalidad materna¹.

7. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio a partir de entrevistas a 40 gestantes, mayores de edad, en su gran mayoría multíparas, pertenecientes a ambos regímenes de salud (subsidiado y contributivo) y residentes en el área urbana de Madrid (Cundinamarca).

El instrumento que se utilizó para recoger la información fue una entrevista semiestructurada compuesta por 16 preguntas agrupadas en 14 temas (anexo 1) que indaga sobre la satisfacción de las gestantes con el programa y las causas de la inasistencia al mismo. A través de las preguntas abiertas las gestantes pudieron expresar libremente sus opiniones e identificar cómo es el funcionamiento del programa, la infraestructura del lugar de atención, la relación con el personal que guía este proceso, sus itinerarios de atención, las experiencias que han tenido con el programa y sus relaciones como sujetos políticos ante el mismo.

En la organización del trabajo de campo el entrevistador se instruyó sobre la técnica de la entrevista y la forma de registrar de la información.

Tabla 2. Categorías a priori: itinerarios burocráticos y obstáculos en la atención.

NOMBRE DE LA CATEGORÍA	DEFINICIÓN	POBLACIÓN
Itinerarios burocráticos	“El marco global que representa la experiencia personal del sistema de salud colombiano” ⁶	Gestantes Pregunta conducente: ¿Quién le sugirió iniciar el programa de control prenatal? ¿Qué tiempo de embarazo tenía cuando empezó el control prenatal? ¿Con qué frecuencia ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal? ¿Por qué ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal? ¿En un embarazo posterior, acudiría Ud. a control prenatal nuevamente en ésta Institución?

<p>Obstáculos en los procesos de atención</p>	<p>Categorías que emergen de la imposibilidad de acceder efectivamente a los servicios de salud como los son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carencias e insuficiencias en la disponibilidad de la red pública de servicios. • Económicas. • Diseño del SGSSS. 	<p>Pregunta conducente: ¿Cuánto tiempo esperó para que la atendieran en su primera cita de control prenatal, una vez se acercó a pedirla? ¿Cuánto tiempo lleva asistiendo al programa de control prenatal en esta Institución? ¿Le han entregado información por escrito, en charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados? La relación con los médicos y enfermeras que lo atendieron fue: a) Buena. b) Regular. c) Mala. En general ¿Está satisfecha con la atención recibida en control prenatal? ¿Las instalaciones del lugar donde la atienden, en el momento de esperar su turno son cómodas para usted? ¿Planificación familiar? ¿Número de embarazos? ¿Deseó usted estar en embarazo en esta oportunidad?</p>
<p>Mujer Gestante como sujeto Político</p>	<p>“El sujeto político definido como un hombre de convicciones, ideales, con capacidad reflexiva y</p>	<p>Gestantes Pregunta conducente: ¿Dentro de la comunidad de madres gestantes a la que usted pertenece se han</p>

	<p>critica, que posea el misterio del carisma, y sobre todo con un gran sentido de servicio social, en pro del bien común, encauzado en la construcción de ciudadanías y sociedades conscientes y dueñas de sus propias realidades”³⁰</p>	<p>realizado propuestas de mejora al programa?</p> <p>¿Se han tenido en cuenta sus propuestas?</p>
--	--	--

Variables con relación a los objetivos del estudio

- Características sociodemográficas de las gestantes: edad, escolaridad, ocupación, estado civil
- Características de la estructura en esta se tendrán en cuenta
- Estructura dirigida a la mujer gestante: información escrita, folletos del embarazo y sus cuidados, comodidad en la sala de espera, talleres sobre el embarazo y sus cuidados, puntualidad de la atención, suficiencia en las citas, tiempo de la consulta de control prenatal.
- Características de procesos para las madres gestantes: asistencia al control prenatal, número de controles.
- Satisfacción de las usuarias.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

En relación a las gestantes que colaboraron con este estudio, se respetó su intimidad en el momento de pedir la información para el diligenciamiento de la entrevista, la cual se realizó de manera anónima (pues no se tuvo en cuenta el nombre), explicando cual era el objetivo de la entrevista, solicitando su participación voluntaria, sin causar algún tipo de daño a su integridad física y/o moral y sin afectar en ninguna forma la atención del control prenatal recibido por la misma.

De forma similar, se veló por la confidencialidad de la información obtenida, pues solamente se utilizó para los fines de la presente investigación y posteriormente podrá ser tomada en cuenta por el municipio para mejorar y apoyar la toma de decisiones con respecto al programa, beneficiando así la población objeto de estudio.

9. RESULTADOS Y ANALISIS

A continuación se presenta una tabla con los datos obtenidos por medio de la entrevista y el análisis de los mismos

VARIABLE	RESULTADO	ANÁLISIS
Edad	El 55% de las gestantes tiene edades entre 31 y 45 años y el 45% entre 15 y 45 años.	Las gestantes están dentro de los rangos de edad de bajo riesgo gestacional, sin embargo el 7,5% requiere especial atención porque se consideran pacientes de alto riesgo.
Estado civil	El 45% son casadas, el 35% están en unión libre y el 20% son solteras	Existe preferencia por el matrimonio.
Grado de escolaridad	El 20% son bachilleres, el 16% cuentan con educación superior técnica, el 2% son profesionales y el 2% realizaron educación primaria completa.	Las entrevistadas cuentan con algún grado de instrucción. Predomina la educación secundaria.
Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),	El 55% se encuentra en el Régimen Subsidiado, mientras el 45% restante pertenece al Régimen Contributivo.	La mayoría de gestantes pertenece al régimen Subsidiado: 61% están afiliadas a la EPS Famisanar, 27% a la EPS Saludcoop y 11% en otras EPS.
Ocupación	El 45% se ocupa en labores del hogar; el 15% trabaja como secretaria, el 4% desempeña el cargo de auxiliar administrativa o contable, el 2% ejerce como profesional y el 25% restante se ocupa en otras actividades económicas o educativas (Anexo 2).	La mayoría de las gestantes se ocupa en labores del hogar.

Edad gestacional	El 32,5% se encuentra entre los 4 y los 5 meses de gestación, el 15% tiene 6 meses y el 52,5% se encuentra entre los 7 y los 9 meses (Anexo 3).	La mayoría de las entrevistadas se encuentran en el último trimestre del embarazo.
Estrato socioeconómico	El 52,5% de las gestantes pertenecen al estrato 2 y el 47,7% al estrato 3.	Predomina el estrato 2 en la población gestante que participó en la investigación.
CATEGORÍA 1. ITINERARIOS BUROCRÁTICOS		
Quién le sugirió iniciar el control prenatal	El 42,5% fue al control prenatal sin que nadie se lo sugiriera, el 13% fue por sugerencia de su esposo o compañero, el 12,5% fue por sugerencia de sus padres, y el 12,5% asistió por recomendación del personal de salud (Anexo 4).	La gestante y su familia, en una alta proporción tienen conciencia de la importancia del control prenatal y por esa razón acude.
Tiempo de embarazo cuando empezó a asistir al control prenatal	El 92,5% de las mujeres entrevistadas acudió entre los 3 y 6 meses, mientras que el 7,5% acudió después de los seis meses.	La mayoría de las gestantes iniciaron el control prenatal en el tiempo indicado.
Frecuencia de inasistencia a las consultas y actividades programadas para el control prenatal	Un 45% no ha faltado. El 55% de las gestantes ha faltado al menos una vez a los controles (Anexo 5).	Más de la mitad de las gestantes entrevistadas ha faltado al menos una vez a los controles, poniendo en riesgo tanto la salud de ella misma como la del nonato.

	<p>En una pregunta de selección múltiple, en la que podían seleccionar más de una respuesta, se indagó al 55% de gestantes que han faltado al control sobre las causas de su inasistencia. Ellas respondieron de la siguiente manera: no tener quien les cuide a sus otros hijos, la falta de dinero (41%) y el difícil acceso a la institución (36%); otras razones como la necesidad de compañía y la ausencia de la misma (18%), la falta de tiempo (14%) y la incapacidad de desplazarse a la institución (15%), complementaron el panorama de razones (Anexo 6).</p>	<p>Las interacciones sociales, la capacidad económica y la accesibilidad son factores que representan ampliamente lo que se ha definido como itinerario burocrático y son las principales falencias que hacen que en efecto se demuestre que no solo basta con garantizar cobertura universal en salud, sino que además se debe facilitar el acceso digno sin ningún tipo de restricción.</p>
Satisfacción con la atención recibida en el control prenatal	<p>El 57.5% de las encuestadas manifiesta sentirse satisfecha, mientras que el 42,5% no lo está.</p>	<p>La mayoría de las gestantes están satisfechas con la atención recibida en el control prenatal.</p>
Percepción de la institución de salud como confiable	<p>El 57.5% de las entrevistadas acudiría de nuevo a la institución donde ha sido atendida por las siguientes razones: claridad en las recomendaciones médicas e instalaciones adecuadas (72%) y trato amable (28%)</p>	<p>La mayoría de las gestantes perciben la institución de salud como confiable.</p>
	<p>El 42,5% no acudiría de nuevo a la institución por las siguientes razones: las instalaciones son poco adecuadas (88%) y no percibe una atención digna</p>	<p>Los procesos administrativos tienen falencias específicamente en la gestión de recursos para capacitar al personal de salud en el tema de</p>

	hacia ella (18%);	atención integral a la gestante y para el mejoramiento y mantenimiento de las instalaciones.
CATEGORÍA 2. OBSTÁCULOS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN		
Tiempo de espera para ser atendida después de solicitar la primera cita de control prenatal	Un 42,5% de las entrevistadas ha esperado más de un día y menos de una semana, el 42,5% ha esperado más de una semana y menos de dos semanas, un 12,5% ha esperado más de dos semanas y un 2,5% ha esperado menos de un día para ser atendida por primera vez en el control prenatal (Anexo 7).	Deficiencias en los procesos administrativos que causan retraso en la programación de citas. Esto puede afectar a la gestante debido a que dificulta la detección temprana de complicaciones que pueden ser prevenibles.
Tiempo que lleva asistiendo al Programa de Control Prenatal	El 72,5% de las gestantes lleva asistiendo entre uno y tres meses al programa de control prenatal, el 25% lleva 6 meses y el 2,5 % restante lleva más de seis meses.	La mayoría de las gestantes ingresan oportunamente al control prenatal y esto corrobora lo estipulado en el análisis del ítem “percepción del tiempo de asignación de citas como suficiente”; lo que significa que la mujer gestante entiende la importancia de acudir al control prenatal a tiempo. Sin embargo, existe un pequeño grupo que acude inoportunamente al programa. Falla la gestión administrativa pues no fortalece el Programa de Promoción y Prevención en cuanto a recursos necesarios para realizar campañas que incentiven
	Fueron cruzados los datos de la edad gestacional y el tiempo de asistencia para corroborar si las gestantes están asistiendo oportunamente a los controles, lo cual hace parte del fenómeno que en este estudio se determinó como inasistencia (Anexo 8).	

		al 100% de la población gestante a acudir a tiempo
Percepción del tiempo de asignación de las citas como suficiente	El 62,5% de las gestantes percibe el tiempo de asignación de las citas suficiente, mientras el 37,5% opina que no.	Fallas en los procesos administrativos, específicamente en la gestión de recursos necesarios para que la totalidad de las gestantes puedan acceder inmediatamente y sin dificultad a los servicios de salud. El tiempo es una variable que no debe depender exclusivamente de la institución. Es necesario tener en cuenta la disponibilidad de la gestante y ofrecerle opciones para que se haga efectiva su asistencia.
Información recibida por la gestante (sobre el embarazo, el parto, la lactancia, nutrición, entre otros)	El 77.5% recibió información y el 22,5% no la recibió.	Fallas administrativas en lo referente a la cobertura del Programa de Promoción y Prevención, puesto que a la totalidad de las gestantes se les debe proporcionar información. Además fallas en la calidad del servicio pues el personal de salud debe estar capacitado para brindar información a la gestante que lo requiera
Percepción de la gestante a cerca de la Interacción con el personal de salud	El 77,5% tiene buena relación, el 15% regular y el 7,5% mala.	Fallas en el acceso a los servicios de salud pues se crean barreras sociales que conllevan a la inasistencia de la gestante al control prenatal.
Percepción de las gestantes a cerca las instalaciones	El 52.5% de las encuestadas manifiesta que las instalaciones son cómodas, mientras el 47,5% opina que las	Falta de gestión administrativa y poca organización de los espacios de atención y espera, ambos ítems son

	instalaciones son poco apropiadas.	propios de los procesos de habilitación y acreditación de servicios de salud.
Número de embarazos	El 63% dos embarazos, el 27% tres o más embarazos y el 10% un embarazo.	Para la mayoría de las participantes en la investigación es el segundo embarazo.
Deseo de estar embarazada actualmente	El 65% si desearon este embarazo, mientras que el 35% no.	El Programa de Promoción y Prevención no impacta al 100% de la población en el tema de planificación familiar.
Planificación familiar	El 47% utiliza condón y pastillas anticonceptivas, el 40% planifica con la T o DIU y el 13% lo hace por medio del método del ritmo.	El Programa de Promoción y Prevención no impacta al 100% de la población en el tema de planificación familiar.
CATEGORÍA 3. GESTANTE COMO SUJETO POLITICO		
Participación de la gestante como gestora de propuestas de mejoramiento al Programa de Control Prenatal	El 75% no participa y el 25% si lo hace.	Solo un pequeño grupo de gestantes participa como gestoras de propuestas de mejoramiento al Programa
Razones que tienen las gestantes para ser o no gestoras de propuestas	Un 80% de las gestantes no participa porque no percibe falencias en la atención que recibe ni del programa y un 20% no sabe porque razón no participa.	
	Un 60% de las entrevistadas que si participa, lo hacen porque sienten que existen problemas en cuanto a la asignación de citas, los horarios de las mismas y las instalaciones del lugar al que asisten, el 20% lo	Algunas gestantes consideran que aunque participan su opinión no será tenida en cuenta.

	hace pero no cree que su opinión se tenga en cuenta y el 20% restante lo hace porque la IPS a la que asiste, le pide su opinión acerca del programa y las mejoras que le harían.	
Percepción sobre la acogida de sus propuestas	El 90% de las gestantes percibe que sus propuestas no han sido tenidas en cuenta y el 10% percibe que si han tenido en cuenta su opinión	Los procesos administrativos deben involucrar al usuario en la evaluación y permanente mejoramiento de sus servicios.

10. DISCUSIÓN

Según los datos tomados del Departamento de Planeación de Cundinamarca en un trabajo realizado en Madrid, se halló que los casos de embarazo reportados desde la atención en las instituciones de salud del municipio fueron: supervisión primer embarazo normal (1582 casos), supervisión otros embarazos normales (768), embarazo confirmado (664), supervisión embarazo normal no especificado (196) y amenaza de aborto (133) para un total de 3343 casos, de los cuales 201 son presentados en adolescentes entre 13 a 17 años, según las estadísticas vitales del DANE; además se encontró que la morbilidad para el municipio está contemplada dentro de las patologías generales, las cuales pueden ser evitadas con un adecuado y oportuno control prenatal desde las primeras etapas del embarazo, hilando este a su vez con el seguimiento continuo del posparto.³¹

Los datos publicados por el Departamento de Planeación muestran que las causas de las complicaciones durante el embarazo, se asocian con pobreza, mala alimentación e inadecuado control prenatal; teniendo en cuenta los datos arrojados por nuestra investigación y comparándolos con estos estudios podemos decir que además de estas, las causas por las cuales se presenta morbilidad y mortalidad materna en el municipio, están dadas por la falta de infraestructura adecuada de los servicios de salud, la cual influye en la accesibilidad y en la óptima calidad de los mismos, la escases de personal de las áreas asistencial general y de promoción y prevención, de las cuales depende no solo el agendamiento de citas sino la adecuada educación en salud para la gestante y el contexto socioeconómico en el cual se desenvuelve la maternidad, en el que se halla inferioridad económica y educativa de la cual se desprende la alteración en la conducta reproductiva y por esa razón se dispara el número de embarazos no deseados. Por lo anterior, se explica la inasistencia de las gestantes a los controles prenatales y de allí es que se deprenen las cifras de mortalidad materna en Madrid que es de 237 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una tasa de muerte perinatal de 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos, y un total de abortos antes de la semana 21 de gestación en número de 20 casos; estos son los últimos datos que se tienen desde la casa de gobierno de Madrid y el trabajo realizado por el departamento de planeación, de esto es importante decir que estas cifras podrían disminuirse considerablemente si se mejoraran al menos las condiciones relativas al acceso y la calidad de los servicios de salud.³¹

Cabe resaltar que para entender el panorama de insistencias a los controles prenatales, su relación con los itinerarios de atención vividos por las gestantes y su participación como sujetos políticos, en nuestra investigación encontramos que la edad promedio de las gestantes es de 32 años, la mayor parte son de estrato socioeconómico bajo, siendo el más preponderante el estrato 2, el nivel educativo de estas y sus compañeros es de secundaria, en la cual en algunos casos está en proceso de culminación, además de hallamos mayor cantidad de casos de inasistencia en las gestantes que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, en el cual se evidencian como principales causas de este fenómeno la insuficiencia económica, la deficiente asignación de citas y las interacciones sociales propias de una mujer múltipara; todo esto se halla ligado a el bajo nivel educativo, la situación de desplazamiento relacionado con la violencia, el ser madre cabeza de familia lo

cual hace que la gestante priorice el trabajo a los controles y por último la falta de acceso a transporte que las conduzca hasta los centros de atención lo cual hace que inaccesible su lugar de control ³¹; notamos además un alto grado de insatisfacción de estas con la atención que han recibido, sumado a esto encontramos que no es muy dada la participación activa de las gestantes en los procesos de mejora de los servicios; con todos estos hallazgos podemos decir que las interacciones sociales, la capacidad económica y la accesibilidad son items que representan ampliamente lo que se ha definido como itinerario burocrático ya que estas son falencias que se hallan inmersas a los proceso de atención de los servicios de salud, las que en este caso particular generan una insatisfacción en la experiencia vivida por el usuario, en este aparte se hace evidente que no solo basta con garantizar cobertura universal en salud, si no que además se debe propender por acceso digno y de calidad sin ningún tipo de restricción.

En concordancia con lo anteriormente expuesto, es importante destacar que es bien sabido por toda la comunidad de la salud, que las mujeres afiliadas al régimen subsidiado son las que presentan mayores riesgos de morbimortalidad, esto es debido a la falta de medicamentos, personal, infraestructura e información adecuadas. Por estas razones, los profesionales de la salud encargados de realizar la atención prenatal no cuentan con el espacio y el tiempo adecuado para organizar un proceso educativo, preventivo y promocional, sobre el estado gestacional de cada una de las mujeres. Situación conducente al no reconocimiento de signos de alarma, ignorancia de aspectos básicos y cuidados elementales de la gestación. Entonces hablamos de la pérdida de oportunidades, puesto que al no realizarse adecuadamente las actividades de control prenatal se generan efectos negativos sobre las cifras de morbilidad y mortalidad materna y he aquí un punto en el cual se debe trabajar más intensamente en la gestión de recursos para la atención de estos programas de salud.

Si el control prenatal es entendido como una actividad de la atención primaria en salud en la cual se identifican de manera precoz las alteraciones que se presentan en la gestación, no debería entonces presentarse las elevadas cifras de mortalidad, porque se supone que la ley garantiza la prestación de estos servicios de forma gratuita, sin embargo estos elevados indicadores se perpetúan y esto se explica con los datos que se hallaron en la investigación referentes a la inasistencia e insatisfacción de las gestantes con la atención recibida, es así como demostramos entonces que en los municipios como Madrid Cundinamarca, la falta de desarrollo de buenas prácticas administrativas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud y de actividades oportunas de salud pública, hacen que las cifras de muertes maternas evitables se presenten de esta manera.

Además, podemos decir gracias a nuestras experiencias con la red pública de servicios de salud, que encontramos que esta no cuenta con un sistema de información completo y oportuno, razón por la cual no se tiene un dato claro de cuántas gestantes están inscritas a los controles prenatales, impidiendo un registro adecuado de las inasistencias al programa, esto nos demuestra que no existe continuidad en la atención a las mismas, lo cual nos lleva a concluir que es muy difícil que un programa de esta envergadura se cumpla con el

propósito primordial de reducir la mortalidad materna y perinatal, si no se cuenta con los recursos necesarios para su óptima ejecución.

Un problema que es común a todas las investigaciones que se hacen alrededor de la atención materna y perinatal como la investigación de la universidad nacional en la ESE de Engativá, es el que se evidencia debido a la baja adherencia al control prenatal que se debe a la inasistencia de las gestantes, lo cual trae como consecuencia una falta de continuidad en el proceso de atención, en el que a su vez de que influye en gran medida la rotación de personal asistencial que existe en las instituciones de salud, por la forma en la que se hace la contratación de los mismos por cooperativas, lo cual hace que como mínimo cada 6 meses se cambie de personal, fenómeno este que media profundamente en el proceso debido a que no se cuenta con personas que se responsabilicen al 100% con el programa, es por esta gran problemática, que a pesar de que se sigue una guía de atención no es tan personalizada la misma porque no es el mismo médico o enfermera tratante, lo cual hace que se desligue la confianza que antes se había creado, haciendo que la gestante no comunique todas sus dudas por la misma razón.

Por estas razones se hace importante realizar esfuerzos por parte de las instituciones para garantizar la asistencia al control prenatal generando así mayor adherencia al mismo, para esto se hace necesario organizar desde sus propias instituciones planes en los cuales sean ellos quienes acudan hacia el lugar donde se encuentre la gestante y generar así el control desde su residencia, como parte de los programas de promoción y prevención, para de esa manera reducir la proporción de gestantes no asistentes a los controles prenatales que actualmente es de 56%³¹, además de hacer una contratación adecuada del personal de salud y con esto reducir la constante rotación del mismo, generando entonces que estos se apersonen del programa.

En concordancia, la mortalidad materna debe ser valorada a partir de los derechos humanos, aspectos de igualdad social, procedimientos de salud pública y de gestión administrativa. Esta situación denota una oportunidad para mejorar la atención y llegar a un buen nivel de salud reproductiva, el ejercicio de los derechos sexuales y las condiciones de vida de la gestante; Solo de esta manera se pueden mejorar los itinerarios de atención desde las vivencias de las usuarias.

En esta discusión no hablamos del régimen contributivo ya que las gestantes objeto de este estudio que pertenecen a este régimen no mostraron una marcada inasistencia al programa, y las que se ausentaron lo hicieron, recibieron atención inmediata ya que se les priorizó en el momento de asignarles una nueva cita; en cuanto a la satisfacción refirieron no tener ninguna queja con la atención, la infraestructura, las recomendaciones, la información y el trato dado a ellas.

11.CONCLUSIONES

1. Acceder y asistir a la totalidad de las citas programadas en los programas de control prenatal, es la piedra angular para disminuir la mortalidad materna y perinatal, ya que permitirá a la gestante y a su hijo realizar un monitoreo constante, que ayudará a identificar oportunamente cualquier tipo de complicación propia de esta etapa.
2. La desinformación y la falta de satisfacción con los servicios de salud son dos factores que inciden en la desmotivación de las gestantes para continuaren el programa y presenten una inasistencia reiterada al mismo. Esto impide prevenir complicaciones gestacionales y por eso es de vital importancia crear mecanismos de promoción y prevención que permitan el acceso a la información y contribuyan a la calidad del servicio, a un mayor acceso de las gestantes a dichos programas, ya que les permite crear confianza en las instituciones y conocer sus deberes y derechos en esta etapa tan especial de la vida.
3. La falta de sistemas de información adecuados y el énfasis que las gestantes ven que hacen los galenos en los ítems propios de la actividad médica y no en ellas, hace que se presenten sesgos en la información que a estas se les brinda, lo cual dificulta obtener una información más completa y adecuada, además de que impide llevar control sobre la situación en la que se encuentra la gestante y las inasistencias al programa.
4. El tener una manera poco adecuada de contratación del personal, crea falta de continuidad en los procesos de atención lo cual hace que se desvincule el lazo que la gestante había creado, además que genera poca confiabilidad en el proceso de atención, por esta razón se hace importante generar una contratación que permita que el personal asistencial se apersona de los procesos y los saque abantes.
5. De esta investigación se puede concluir que la satisfacción está determinada principalmente por la oportunidad de la atención, la información suministrada, la confianza que brindan los profesionales a las gestantes y las facilidades de acceso, por estas razones se propuso en el plan de acción centros satélites móviles de atención que permiten mejor adherencia a los controles prenatales reduciendo así la insistencia y mejorando los indicadores actuales de mortalidad materna en Madrid.
6. Es importante tener en cuenta que la promoción de la salud no solo depende de las instituciones prestadoras de servicios, también es labor de los líderes comunitarios involucrarse en los mismos, ya que no se evidencia que estos intervengan de manera activa en la promoción de los programas, para que desde sus propias vivencias con el sistema de salud redireccionen y organicen los programas, para así lograr el arraigo y empoderamiento de estas
7. Es importante que por parte de los entes gubernamentales, no solo se dediquen a gestionar los recursos económicos sino que deben también, procurar tener una vigilancia y control estricta y oportuna, sobre los parámetros de calidad de las instituciones y los servicios que estas brindan, además tiene que ser un deber de estos entes, velar porque se tenga en estas instituciones personal suficiente para atender la población a cargo, interviniendo a su vez para que desde la administración de estas se les brinde a su vez estabilidad laboral, haciendo de esta manera que

estos se involucren más con los procesos que se elucubran desde la gerencia y se apersonen de ellos.

8. Para contar con la infraestructura requerida para iniciar este tipo de programas, se hace necesario que se cuente con los recursos necesarios para esto, los cuales deben ser gestionados desde la gerencia de las instituciones apoyado por estudios como este, en indican que la inasistencia a estos lugares de atención se deben a la mala planeación de los mismos generando problemas de acceso que se evidencian en indicadores como el de mortalidad materna, es por eso que se hace preciso que se analice la población a cargo y sus necesidades, para de esa manera crear servicios que se ajusten a estas.
9. En cuanto a las gestantes del régimen contributivo, encontramos que su panorama es totalmente diferente al de las mujeres del régimen subsidiado ya que muestran satisfacción con el programa y su inasistencia a este es mínima; es notable que en este régimen según la opinión de las gestantes adscritas a él, se propende por la calidad, la adecuada infraestructura y por procesos administrativos comprometidos en el cuidado de la salud de sus afiliados.
10. Por último se hace preciso realizar gestiones administrativas tendientes a incrementar los recursos económicos destinados para la realización del plan de acción todo esto con el fin de optimizar los servicios de salud, generando así excelencia en la prestación de los mismos.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colombiastad.com [Internet]. Bogotá. DANE. 2013 [actualizado 20 nov 2012; citado 4 feb 2013]. Disponible en: www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com_glossary&func=view&Itemid=25&catid=13&term=TASA+DE+MORTALIDAD+MATERNA
2. Rubén Darío G. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2001; 330 (63-67) (210)
3. Profamilia.com [Internet]. Bogotá. Profamilia[actualizado 2013; citado 4 feb 2013]. Disponible en:http://www.profamilia.org.co/images/stories/afiches/encuestas-investigaciones/datos_basicos_para_colombia_encuestas.pdf
4. Cundinamarca.gov.com [Internet]. Bogota. [actualizado 2012; citado 05 nov 2012]. Disponible en: www1.cundinamarca.gov.co/gobernacion/Perfiles/Ni%C3%B1os.aspx
5. Planeación.cundinamarca.gov.co [Internet]. Bogota. Alvaro c. [actualizado 2012; citado 05 nov 2012]. Disponible en: www.planeacion.cundinamarca.gov.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/PLAN_DEPARTAMENTAL_DE_DESARROLLO_2012-2016-APROBADO.pdf
6. Cesar A, Diana O. itinerarios Burocráticos en Colombia una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. Centro de estudios sociales. Universidad Nacional De Colombia. Pag.8
7. Liliana G. Gladis V. Bernardo A. Panorama de la Mortalidad Materna. Universidad de Antioquia. Disponible en: www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/panoramadelamortalidadmaterna.pdf
8. Nacionesunidas.org.co [Internet]. Bogotá. [actualizado 5 abr 2013; citado 05 jul 2013]. Disponible en: <http://nacionesunidas.org.co/blog/2013/04/05/llamado-de-las-naciones-unidas-para-acelerar-la-accion-en-los-1-000-dias-restantes-para-el-cumplimiento-de-los-objetivos-del-milenio/>
9. Diego. S. plan de salud territorial madrid cundinamarca "construyendo una madrid saludable". Alcaldía municipal de Madrid Cundinamarca (2008 - 2011) disponible en: http://madrid-cundinamarca.gov.co/apc-aa-files/38663038373138323633616161343839/PLAN_TERRITORIAL_DE_SALUD.pdf
10. Blog.utp.edu.co[Internet]. Bogotá. [actualizado may 2007; citado 05 nov 2012]. Disponible en:<http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2011/02/Guías-y-Normas-412-Tomo-2.pdf>

11. Salud en las Américas. Volumen de países 2012 disponible en: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=197&itemid=
12. Gómez Gómez Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2013 Aug 05] ; 11(5-6): 327-334. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500008>.
13. Elizabeth I. et al. Por una maternidad sin riesgos. Population Reference Bureau, 2002, [Internet] disponible en: http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer_Sp.pdf
14. Cáceres-Manrique Flor de María. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Ago 04]; 60(2): 165-170. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=es.
15. Novena Conferencia Internacional Americana. Bogotá. [Internet] 1948. [citado 2013 Ago 04] disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
16. Naciones Unidas. Un.[Internet] Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. [citado 2013 Ago 04]. disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
17. Organización Panamericana de la Salud, Salud en las Américas 2007, Volumen I, [Internet]. Disponible en: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap1.sp.htm>
18. Ramos, Silvina, et al. [Internet] 2004. Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud. Cedes. Ministerio de Salud de Argentina/Conapris, CLAP (OPS/OMS). Buenos Aires: 11 disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-IX.pdf>
19. Sisben. Estadística básica del nuevo sisben. 6 dic 2005. Disponible en: www.planeacion.cundinamarca.gov.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/estad%20C3%ADsticas%20nuevo%20sisben%20cundinamarca_2005.pdf
20. Esperanza E.L. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. 2011. 10. Pontificia Universidad Javeriana disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol10_n_20/estudios_3.pdf
21. Sandra. R.A. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona. 2010. [Internet]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
22. Resolución 412 de 2000. [Internet]. Bogotá. [actualizado 22 de marzo 2013; Disponible en:

- www.habitatbogota.gov.co/sdht/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1888&Itemid=80.
- Maternal mortality in 2000: Estimates Developed by who, UNICEF and UNFPA. [Internet]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/a81531.pdf>
23. Universidad Católica de Chile. Control Prenatal. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, [Internet]. 1992. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html
 24. Ministerio de salud de Guatemala. Curiosidades prenatales. revista e-MuniSalud, Dirección de Salud y Bienestar Municipal. Palacio Municipal, Guatemala. 2011
 25. Pedro Nel O.R et al. evaluación del programa de control prenatal en la E.S.E. hospital antonio roldan betancur primer nivel noviembre 2008 [Internet]. Instituto de ciencias de la salud. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hfooqDW2Dp0J:bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/313/1/Evaluacion%2520del%2520Programa%2520de%2520Control%2520Prenatal%2520en%2520la%2520ESE%2520HARB%2520de%2520Apartado.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=co>
 26. Decreto 2309/02 del Ministerio de la Protección Social. [Internet]. Bogotá. [actualizado 17 de octubre de 2002; Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=6829
 27. Decreto 2309/02 del Ministerio de la Protección Social. [Internet]. Bogotá. [actualizado 17 de octubre de 2002; Disponible en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=6829
 28. Ley 100 1993 del Ministerio de la Protección Social. [Internet]. Bogotá. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993_pr005.html
 29. Ley 1438 2011 [Internet]. Bogotá. [actualizado 15 de julio 2013; Disponible en: www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html#25
 30. Gustavo F.E, la formación del sujeto político aspectos más sobresalientes en Colombia, Universidad Nacional de Colombia, departamento de ciencia política, especialización en ciencia política, Medellín, diciembre de 2009 [Internet]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1943/1/16798482.2009.pdf>
 31. Cundinamarca.gov.co [Internet]. Bogotá. [actualizado 2012; citado 05 nov 2012]. Disponible en: www2.cundinamarca.gov.co/planeacion/REDPEC/entregaslinea/municipios/MADRID/Plan-Desarrollo-2012-2015/MADRID_Plan-territorial-de-salud.pdf

13. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA TÉCNICA ENTREVISTA AGESTANTES

Perfil del entrevistado

Edad:

Estado civil:

Grado de escolaridad:

Afiliación al SGSSS:

Ocupación:

Edad gestacional:

Estrato socioeconómico:

Guía de ejecución de la entrevista

Fecha:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Título de la entrevista: Itinerarios de Atención de las Gestantes

Tema tratado:	Duración:	Hora inicio	Hor a fin	objetivo	Comentario
Inducción: explicación de tema de la entrevista, etapa de confianza entre entrevistado y entrevistador, preguntas sobre la edad, grado de escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de aseguramiento y ubicación de su vivienda	5 minutos			¿Explicar el por qué? y ver su contexto socio-económico y demográfico(itinerarios burocráticos)	Anfitrión y entrevistado
Tema 1. 1. ¿Número de embarazos? 2. ¿Planificación familiar? 3. ¿Deseó el embarazo actual?	3 minutos			comprender el contexto en el que se dio este embarazo	entrevistado
Tema 2. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando empezó a asistir a control prenatal? a) Menos de 1 mes	2 minutos			Determinar cuan oportuna fue la llegada de la gestante al programa	entrevistado

b) De 3 meses a 6 meses. c) Más de 6 meses					
Tema 3 ¿Quién le sugirió iniciar control prenatal? a) Usted misma. b) Su madre o padre. c) Su esposo o compañero. d) Un hermano/a o familiar. e) Un amigo/a. f) Un trabajador de la salud. g) Otra persona.	2 minutos			Determinar el medio por el cual fue inducida a iniciar los controles en el centro de atención. (demanda inducida)	entrevistado
Tema 4. Después de solicitar la primera cita de control prenatal ¿cuánto tiempo esperó para que la atendieran? a) Menos de 1 día. b) Más de 1 día y menos de 1 semana. c) Más de 1 semana y menos de 2 semanas. d) Más de 2 semanas.	2 minutos			Conocer las características de la estructura dirigida a la mujer gestante variable tiempo(características del SGSS e itinerarios de atención)	entrevistado
Tema 5 ¿Cuánto tiempo lleva asistiendo al programa de control prenatal en esta Institución? a) Entre 1 mes a 3 meses. b) Entre 3 y 6 meses. c) Entre 6 y 9 meses.	2 minutos			Caracterizar el proceso de atención de la mujer gestante, (tiempo)	entrevistado
Tema 6 ¿Con qué frecuencia ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control	2 minutos			Conocer la frecuencia en que se deja de asistir al control, lo cual	entrevistado

<p>prenatal? a) Nunca he faltado. b) Menos de 3 veces. c) Entre 3 y 5 veces. d) Más de 5 veces.</p>			<p>puede mostrar fallos en el proceso de atención.</p>	
<p>Tema 7</p> <p>¿Por qué ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal? a) Falta de tiempo. b) Falta de dinero. c) Se siente incapacitada para desplazarse hasta el hospital. d) Necesita compañía y no tiene quien la acompañe. e) No le parecen importantes todas las actividades y selecciona a cuales ir. f) No tiene quien le cuide a sus otros hijos e)otra cual _____ _____ _____</p>	<p>5 minutos</p>		<p>Saber cuál es el itinerario que antecede el proceso de atención, el del mismo proceso de atención y los posibles fallos en los procesos de atención</p>	<p>entrevistado</p>
<p>Tema 8</p> <p>15. ¿Le han entregado información por escrito, en charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados? a) Sí. b) No porque _____ _____ _____</p>	<p>3 minutos</p>		<p>Saber si la información que se le da a la gestante es pertinente o no al respecto (acceso adecuado, estructura adecuada dirigida a la gestante)</p>	<p>entrevistado</p>

<p>Tema 9</p> <p>¿Considera que la frecuencia con que le programan sus citas con el médico o enfermeras es suficiente? a) Sí. b) No</p> <p>¿Por qué? _____ _____ _____</p>	3 minutos			Saber si la mujer gestante considera suficientes las citas que le asignan (estructura, itinerario)	entrevistado
<p>Tema 10</p> <p>¿En un embarazo posterior, acudiría Ud. a control prenatal nuevamente en ésta Institución? a) Sí. b) No. ¿Por qué?</p>	3 minutos			Satisfacción de la usuaria (acceso Itinerario de atención, condiciones de estructurales para gestantes)	entrevistado
<p>Tema 11</p> <p>La relación con los médicos y enfermeras que lo atendieron fue: a) Buena. b) Regular. c) Mala.</p>	3 minutos			Saber qué opina de la gestión hecha por el personal de salud (barreras al acceso, negación de servicios, trato humanizado)	entrevistado
<p>Tema 12</p> <p>En general ¿Está satisfecha con la atención recibida en control prenatal? a) Sí. b) No ¿Por qué? _____</p>	Fue contestada con la pregunta anterior			Saber qué opina el entrevistado acerca de la atención recibida (calidad en salud, itinerarios de atención)	entrevistado

<p>Tema 13</p> <p>¿Las instalaciones del lugar donde la atienden, en el momento de esperar su turno son cómodas para usted?</p> <p>a. Si b. No</p> <p>¿Por qué? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	1 minuto			Percepción del entrevistado sobre la estructura (planta física del hospital, suficiencia de recursos, barreras al acceso)	entrevistado
<p>Tema 14</p> <p>¿Dentro de la comunidad de madres gestantes a la que usted pertenece se han presentado propuestas de mejoramiento al Programa de Control Prenatal?</p> <p>a. Si b. No</p> <p>¿Por qué? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>En caso de ser positiva la respuesta, preguntar</p> <p>¿Se han tenido en cuenta sus propuestas?</p>				Determinar el grado de participación y liderazgo de las gestantes, ver su capacidad de ser gestoras de cambios en su comunidad	
Fin de la entrevista con la gestante	2 minutos			Despedida y agradecimientos a la	Anfitrión

				gestante por su colaboración con el proyecto	
--	--	--	--	---	--

ANEXO 2

Grafica a ocupación de las gestantes



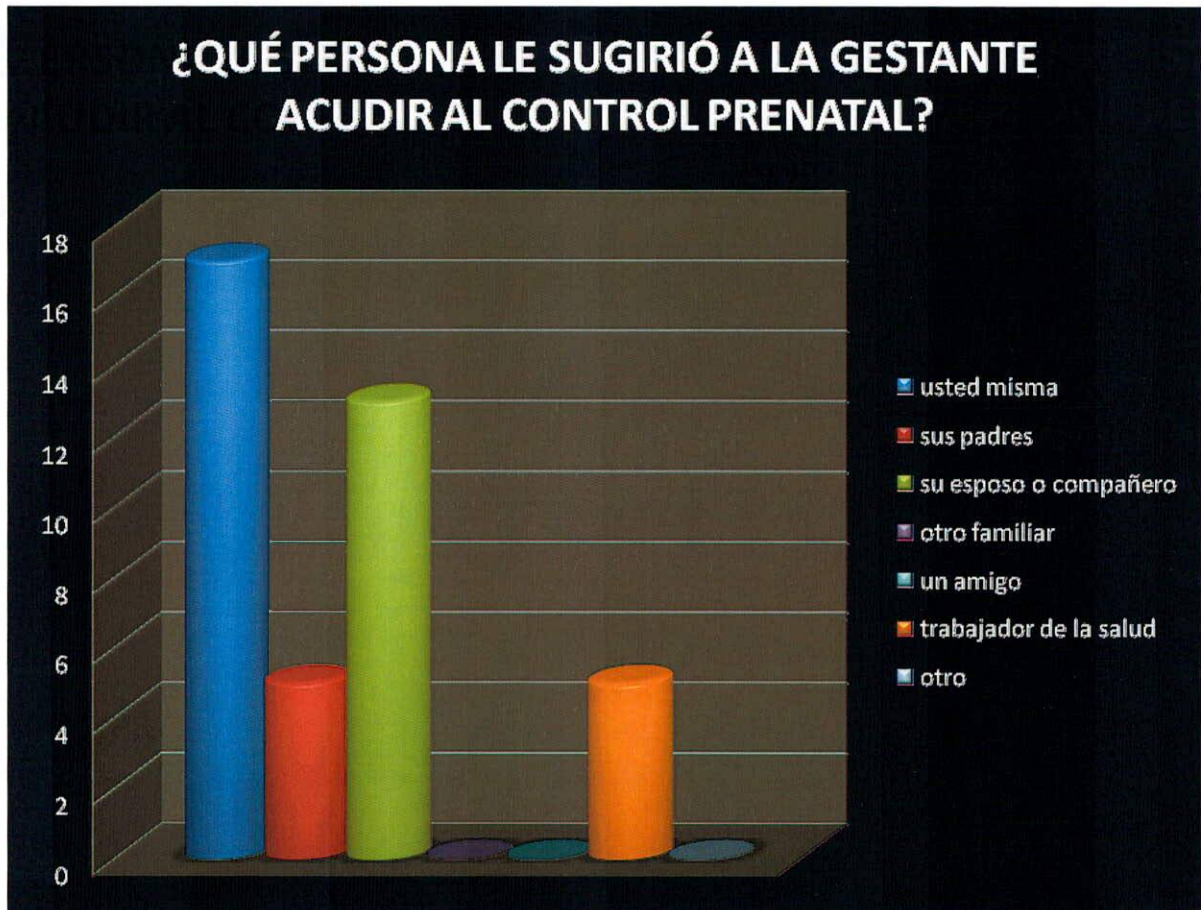
ANEXO 3

Grafica a tiempo de gestación



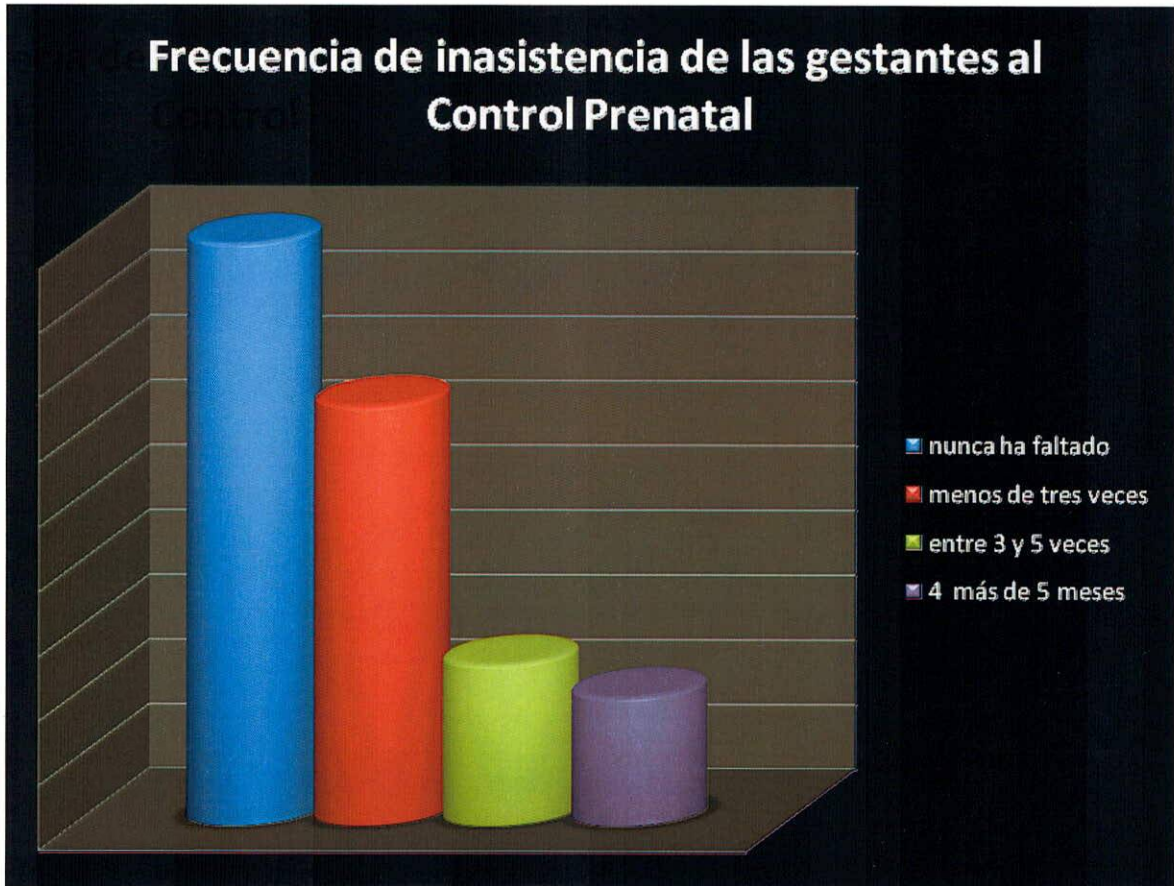
ANEXO 4

Grafica a la pregunta ¿Qué persona le sugirió a la gestante acudir al control prenatal?



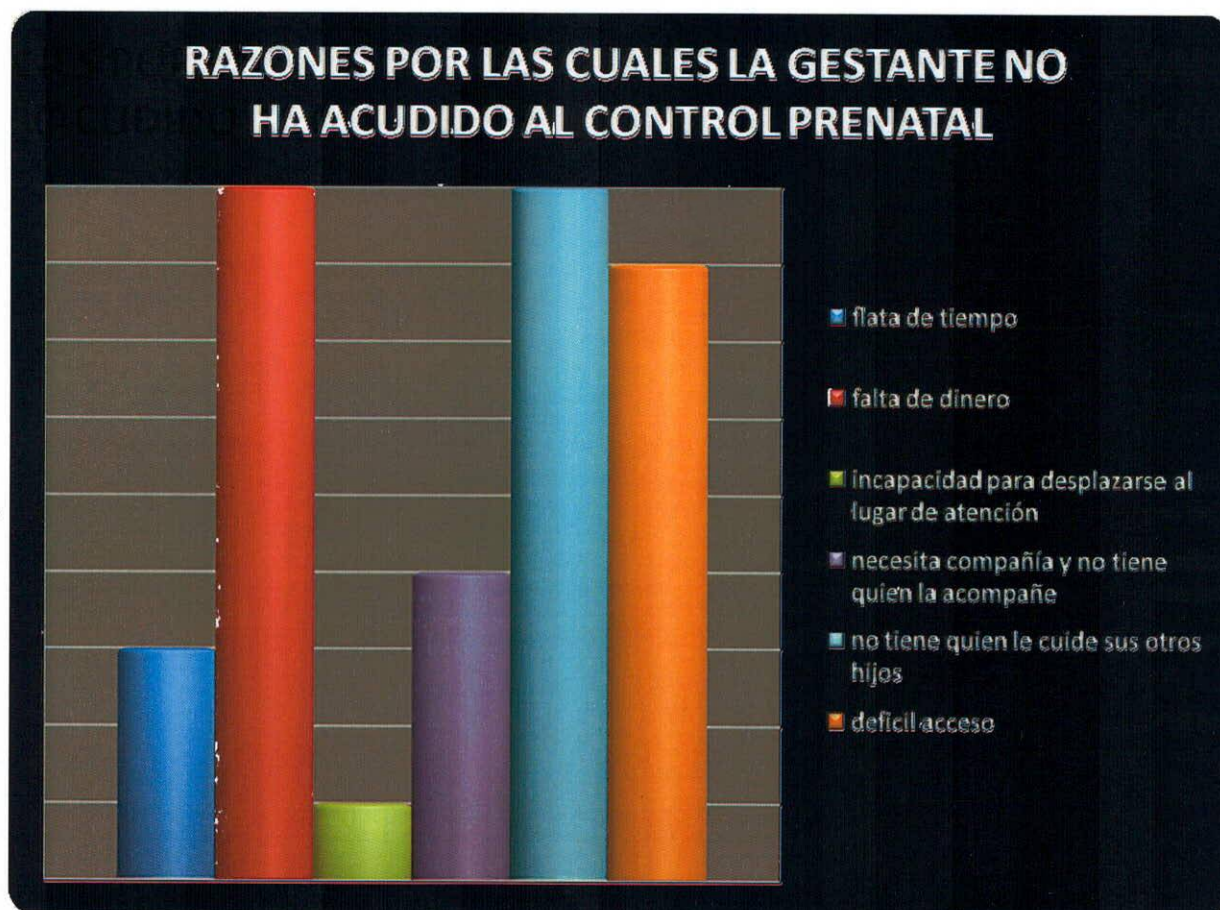
ANEXO 5

Grafica frecuencia de inasistencia de la gestante al control prenatal



ANEXO 6

Grafica de las razones por las cuales la gestante no ha acudido al control prenatal



ANEXO 7

Grafica al tiempo de espera para la atención inicial en el control prenatal



ANEXO 8

Tabla tiempo de asistencia al control prenatal vs tiempo de gestación

TIEMPO DE ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL					
TIEMPO DE GESTACION		1 a 3 meses	3 a 6 meses	Más de 6 meses	TOTAL
Entre 4 y 5 meses		12	1	0	13
6 meses		6	0	0	6
Entre 7 a 9 meses		12	8	1	21
TOTAL		30	9	1	40