

## **1. Introducción**

El estado de gestación o embarazo es un proceso fisiológico que ocurre en mujeres en edad reproductiva, durante el cual se deben prestar especiales cuidados para asegurar el máximo bienestar en salud tanto de la gestante como del neonato. En ese sentido, se ha establecido el control prenatal como un programa de consultas dirigidas a la gestante, con el fin de prevenir, detectar y tratar en forma temprana las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, parto y puerperio, y que además a nivel internacional y nacional ha sido determinado como servicio esencial que se presta bajo protocolos, guías y lineamientos definidos. No obstante, a pesar de que la atención prenatal es considerada una prioridad, diversos estudios han identificado factores asociados al ingreso tardío de las gestantes a los controles prenatales, lo cual representa riesgos en la salud y calidad de vida de los implicados.

La Organización Mundial de la Salud en su esfuerzo global para mejorar la salud materna, ha realizado diversos estudios para identificar falencias en los modelos de atención prenatal de los distintos países, y a partir de ello ha generado un nuevo modelo (OMS,2003) guía bajo el cual se evalúan a las mujeres en su primera visita y de acuerdo a necesidad se determinan aquellas mujeres que requieren cuidado especial para ciertas patologías, y quienes requieren del cuidado prenatal con los componentes básicos.

En Colombia se ha establecido una ruta de atención en salud materno perinatal, la cual es de obligatorio cumplimiento a nivel nacional, y define las responsabilidades de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, además de las condiciones

necesarias para garantizar la atención centrada en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la generación de una cultura de cuidado.

De acuerdo con lo anterior, se entiende como control prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a mejorar la salud materna, promover el desarrollo del neonato, identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro (MSPS, 2018). Para el desarrollo oportuno de esta atención, es preciso efectuar mecanismos que aseguren la detección y captación temprana de las mujeres en estado de embarazo, después de la primera falta menstrual y antes de la semana N°. 10 de gestación.

En Colombia, con el paso de los años se ha evidenciado que han aumentado los ingresos tardíos a control prenatal, dejando como resultados complicaciones durante el embarazo y el parto, comprometiendo directamente la vida tanto de la madre como del recién nacido.

Según el reporte de INCAS (Informe Nacional de la Atención en Salud) del año 2009 la primera Atención a control prenatal fue a los 2,8 y 3,0 meses; en tendencia, permaneció estable. Para el año 1990 y 2000 el ingreso fue oportuno con un promedio de 2 meses mientras que en los años 1995 a 2000 aumentó el tiempo a un ingreso de tres meses. (MSPS, 2009)

Así mismo, según el informe de INCAS del año 2017 el 42.3% tuvo un ingreso a control prenatal por debajo a la semana 12 en el territorio nacional, lo que indica que más de la mitad de la población está ingresando de manera oportuna. (MSPS, 2017)

La Encuesta Nacional de Demografía del año 2015, indica un porcentaje mayor a 50% de mujeres con nivel educativo superior que ingresaron a controles prenatales en la semana 1 de

gestación, pero se evidencian porcentajes por debajo del 20% en este mismo grupo, identificando que los controles fueron por debajo de las 10 semanas de gestación, a partir de lo cual se deduce que los controles se realizan por encima de la semana 10. También indica que el 35.2% de mujeres sin ningún tipo de educación, no tuvieron acceso a control prenatal.

De igual forma, se sigue evidenciando que más de la mitad de la población materna está ingresando a los controles con un tiempo mayor a diez semanas de gestación, ya que se ha identificado que en la mayoría de las regiones hay un porcentaje inferior al 20% de ingresos oportunos, lo que lleva a inferir que aproximadamente el 70% de las maternas están ingresando con un número mayor de semanas.

En el año 2015, se tuvo un alto porcentaje de ingresos entre las semana 1 a la 2 de embarazo en especial en las regiones de Cali con un 58%, Medellín con un 56.6%, Antioquia 55.3%, Barranquilla 54.9%, Bogotá 53% y Boyacá, Cundinamarca y Meta con un 51 % de ingresos.

## **2. Marco de referencia**

### *2.1 Marco conceptual*

#### *2.1.1. Calidad de la Atención en Salud*

La Resolución 3280 de 2018 nos indica que, para el pertinente desarrollo de la Calidad de la atención en Salud en relación con la atención prenatal, es importante brindar una atención de manera oportuna garantizando la detección y captación de la gestante, posterior al primer cese de nuestra menstruación y antes de la semana número diez.

Para la adecuada prestación del servicio, los aseguradores y prestadores de salud en el país deberán garantizar de acuerdo con el riesgo identificado, la atención que debe tener la gestante, la cual debe ser en el mismo prestador primario y se debe facilitar una localización cerca de su lugar de residencia, cumpliendo con las frecuencias y los momentos de atención.

Se debe asegurar de igual manera los mecanismos para su vinculación temprana a estas consultas de control prenatal, actividad que corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, y que contempla acciones como la reorientación inmediata hacia la Atención para el cuidado prenatal cuando se presenten alguna(s) de la(s) siguiente(s) situación(es): Inasistencia a las consultas para el cuidado prenatal, resultados de laboratorios o ultrasonografías anormales, hospitalización y/o consultas de urgencias.

Por otro lado, es responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud disponer los mecanismos para que las gestantes no sean devueltas por políticas de llegadas tarde a la consulta para el cuidado prenatal, así como a ninguno de los procedimientos que son de obligatorio cumplimiento. (MSPS, 2018)

Para garantizar la integralidad de la atención en salud de la población, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, las cuales se configuran en la herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de:

i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades,

ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y

iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

A través de RIAS se brindan las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la Atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Para dar cumplimiento a ello el Ministerio ha priorizado 16 grupos de riesgo, entre los cuales se encuentra uno para la población materno –perinatal, el cual tiene como objetivo establecer las disposiciones para la prestación de la Atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres, durante la etapa preconcepcional, gestación, periodo perinatal y postparto, dirigidas a mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, en parto y en posparto, así como recién nacidos hasta los 7 días de nacidos.

La RIAMP define lineamientos de Atención determinada bajo intervenciones colectivas, individuales y otras asociadas a complicaciones que puedan presentarse durante el proceso de gestación, parto y posparto. En relación con las intervenciones colectivas se contempla: información y educación en salud, fortalecimiento en las redes de apoyo, y aspectos de salud materna en el entorno laboral. En cuanto a las intervenciones individuales se definen por una parte acciones de detección temprana tales como cuidado pre-concepcional, cuidado prenatal, salud bucal, promoción de la alimentación y nutrición, por otra parte, se contemplan

acciones de protección específicas como lo son: intervención voluntaria del embarazo, preparación para la maternidad y paternidad, Atención del parto, cuidado del recién nacido, seguimiento al recién nacido. Y finalmente se definen intervenciones relacionadas a emergencias obstétricas tales como trastornos hipertensivos del embarazo, y hemorragia post – parto, así como complicaciones perinatales y post – natales del recién nacido, y atención a las familias.

#### *2.1.1.1. Atributos de la Calidad en la Atención a Salud*

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, reglamentado bajo el Decreto 1011 de 2006 del MSPS, define características específicas orientadas en la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados. Las características mencionadas son:

- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias. (MSPS, 2006)

### 2.1.2. Control Prenatal

El control prenatal se define como el “*conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional*” (ASBOG), su regularidad ayuda a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, permite realizar intervenciones para prevenir dichos riesgos y contribuir a promover conductas saludables durante el embarazo. Además de los cuidados médicos, el control prenatal deberá incluir educación, soporte emocional y preparación para el parto. (Aguilera, S; Soothil, P. 2014)

Los controles generalmente incluyen entre 7 a 11 visitas, aunque el número adecuado en pacientes de bajo riesgo es algo en continua discusión. Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea detectado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural. (ASBOG)

La frecuencia recomendada para un embarazo no complicado es cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas, cada 2–3 semanas entre la semana 28 a la semana 36 y semanalmente después de las 36 semanas.

En relación al esquema recomendado en el Manual Ministerio de Salud, 2008, la periodicidad del control prenatal dependerá del grado de riesgo obstétrico evaluado en el primer control, idealmente antes de las 20 semanas y de los controles posteriores a las 25-30-34-37-40 semanas. (ASBOG)

### *2.1.2.1. Componentes del control prenatal*

- Precoz: propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre
- Periódico: varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas.
- De buena calidad: propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.
- Integral: incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.
- Universal: con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud en relación con su identificación en el sistema y para la población más pobre y vulnerable, conforme a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud.
- Libre escogencia: garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana.  
(MSPS, 2006)

Los componentes del control prenatal son el análisis temprano y continuo del riesgo, la promoción de la salud, detección temprana y protección específica y las intervenciones médicas y psicosociales.

### *2.1.2.2. Objetivos generales del control prenatal*

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto.
- Evaluar posibles riesgos y corregirlos.

- Planificar los controles prenatales.
- Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Prevenir complicaciones.
- Diagnosticar y tratar oportunamente patologías que puedan afectar la salud de la madre y feto.
- Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda.
- Preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales. (MSPS, 2006) (ASBOG)

#### *2.1.2.3. Consulta Preconcepcional*

Tiene como objetivo mejorar las condiciones maternas para una futura gestación. Esto se logra con la historia clínica completa, examen físico e identificación de las condiciones psicosociales de la paciente.

Los componentes de la consulta preconcepcional son:

- Historia clínica preconcepcional, con énfasis en:
  - Inmunizaciones previas.
  - Viajes a zonas endémicas de enfermedades que puedan poner en riesgo la gestación (malaria, fiebre amarilla, dengue, hepatitis B, entre otras).
  - Medicaciones.
  - Síntomas actuales.
  - Antecedentes obstétricos.

- ✓ Características de los embarazos previos.
  - ✓ Características de los ciclos menstruales.
  - ✓ Métodos de planificación.
  - ✓ Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
  - ✓ Antecedentes genéticos en la familia.
  - ✓ Historia de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.
  - ✓ Hábitos dietarios.
- Nivel socioeconómico.
  - Exposiciones en el sitio de trabajo a factores de riesgo para la gestación.
  - Soporte social.
  - Violencia potencial.
  - Hábitos de ejercicio.
  - Laboratorios preconceptionales como: toxoplasma Ig G, HIV, CH, parcial de orina, hemoclasificación, VDRL, glicemia, citología cervico vaginal (esquema 1-1-3), Ac IgG antirubéola. v Compañero sexual actual: riesgo ETS, edad, riesgo genético (antecedentes familiares).

En la consulta preconcepcional el suministro del ácido fólico debe incluirse desde el momento en que la paciente manifieste su deseo de embarazo y hasta el primer trimestre de la gestación. (MSPS, 2006)

*Primera consulta prenatal*

Debe llenarse el instrumento de historia clínica de control prenatal y el carné, este último debe ser entregado a la gestante. La historia clínica perinatal por utilizar es la del Centro Latinoamericano Asociado de Perinatología (CLAP).

La historia clínica debe constar de:

- Identificación del prestador de los servicios.
- Identificación de la embarazada.
- Datos básicos: edad, estado civil y nivel de instrucción, ocupación, procedencia y teléfono.
- Aspectos psicosociales, con énfasis en el nivel socioeconómico, acompañamiento o apoyo familiar, ansiedad, depresión, violencia intrafamiliar, entre otras.
- Antecedentes familiares y personales.
- Antecedentes obstétricos.
- Datos del embarazo actual.
- Evolución de la gestación.
- Examen físico.
- Laboratorio clínico.
- Vacunación. (MSPS, 2006) (ASBOG)

La paciente es valorada integralmente por el médico general y por enfermera jefe, y de acuerdo con la valoración del riesgo será valorada por el médico gineco obstetra. La valoración del riesgo permite elaborar el plan de manejo de la paciente, que se orienta a la identificación y el manejo de los factores de riesgo, al igual que su remisión posterior al nivel de Atención requerido.

### *Seguimiento y periodicidad de los controles*

Pacientes de bajo riesgo: las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto. Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por médico, con frecuencia semanal o quincenal, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de Atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y diligenciar, completa, la nota de remisión.

Pacientes de alto riesgo: el intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y criterio del especialista. Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico gineco-obstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34. (MSPS, 2006) (ASBOG)

#### *2.1.2.4. Examen físico general y segmentario*

Busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen gineco-obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo, realizar Papanicolaou si este no está vigente. Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. (ASBOG)

Ultrasonido: Se recomienda examen de ultrasonido entre las 11–14 semanas para precisar edad gestacional según longitud céfalo-nalgas y determinar el riesgo de aneuploidías, con evaluación de translucencia nucal, hueso nasal más bioquímica materna (PPAPA, hCG) se

obtienen cifras de detección de un 95% para Síndrome de Down con 5% de falsos positivos. Además, es posible en este examen evaluar el riesgo de desarrollo futuro de preeclampsia o restricción de crecimiento fetal, a través de la evaluación por Doppler de las arterias uterinas. (MSPS, 2006) (ASBOG)

#### *2.1.2.5. Exámenes de laboratorio*

**Grupo Rh y Coombs:** Permite identificar a pacientes Rh negativo y establecer si están o no sensibilizadas, con el objetivo de determinar estrategias de prevención (en las pacientes no sensibilizadas) o manejo (en las sensibilizadas); en las madres Rh positivas permite la identificación de portadoras de otros anticuerpos irregulares. (MSPS, 2006) (ASBOG)

**Hemograma:** Permite diagnóstico de anemia y tratamiento. La serie blanca permitiría identificar eventuales infecciones y enfermedades de baja frecuencia, pero muy importantes, como leucemias. El recuento de plaquetas puede detectar trombocitopenia. (MSPS, 2006) (ASBOG)

**Glicemia:** En ayunas en el primer control para identificar pacientes con diabetes pregestacional (tipo I y II). (MSPS, 2006) (ASBOG)

**Parcial de orina y urocultivo:** Para identificar pacientes con infección urinaria y bacteriuria asintomática y así disminuir riesgo de pielonefritis. (MSPS, 2006) (ASBOG)

**VDRL o RPR:** Permite el diagnóstico de embarazadas con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir la infección fetal o reducir el daño. (MSPS, 2006) (ASBOG)

VIH: Para el diagnóstico de madres portadoras de VIH, con el fin de prevenir la transmisión vertical. Debe hacerse consejería abreviada pre y post examen con énfasis en el diagnóstico y tratamiento. (MSPS, 2006) (ASBOG)

Hepatitis B: Antígeno de superficie, para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio del recién nacido, mediante la administración de la vacuna. (MSPS, 2006) (ASBOG)

Creatinina: Sólo para pacientes con riesgo de acuerdo con su evolución. Sólo para pacientes con riesgo. (MSPS, 2006) (ASBOG)

La detección de déficit de vitamina D: Se recomienda en pacientes de alto riesgo (poco expuestos a la luz, piel oscura, obesas), tanto en la guía británica como en la australiana. No hay evidencia concluyente que la suplementación de vitamina D durante el embarazo mejore el resultado perinatal. (MSPS, 2006) (ASBOG)

Estudio hemodinámico fetal y materno. A criterio del gineco obstetra o del médico especialista. (MSPS, 2006)

Gonadotropina coriónica humana fracción beta (BHCG). Cuando se sospecha de embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica del embarazo. (MSPS, 2006) (ASBOG)

Estudios inmunológicos. En casos de lupus, artritis reumatoidea y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y otros. A criterio del médico general o especialista. (MSPS, 2006)

#### *2.1.2.6. Vacunación*

El esquema de vacunación para la mujer gestante es el siguiente:

- Iniciar esquema de vacunación en el segundo trimestre:

**Tabla 1.** *Esquema de vacunación segundo trimestre.*

<b>Enfermedad</b>	<b>Vacuna</b>	<b>Vía sitio de aplicación</b>	<b>Número de dosis</b>	<b>Refuerzos</b>
Tétano neonatal	Toxoide tetánico	Intramuscular brazo o glúteo	Dos iniciales, intervalo mínimo: 4 semanas	Uno por embarazo, máximo tres

Influenza posterior a la semana 14 para prevenir la influenza estacional.

DPTa posterior a la semana 26, es la primera inmunidad que recibe el feto para prevenir tosferina.

La tercera dosis de TT puede ser aplicada de seis a doce meses después de la segunda, o durante un embarazo posterior. Después es suficiente con aplicar un refuerzo por embarazo, o anual, sin sobrepasar en total cinco dosis (Minsalud 1996).

#### *2.1.2.7. Resultados del ingreso tardío a atención prenatal*

El control prenatal reduce la morbilidad materna y perinatal, partos prematuros y números de producto con bajo peso al nacer. (Sánchez, H.; Toga, G.; Pérez, F. 2005)

Para las mujeres, el periodo de embarazo se puede interpretar con una etapa satisfactoria y positiva sin ninguna complicación. Sin embargo, la mortalidad materna es un desenlace factible si no se interviene de manera inmediata y oportuna un factor de riesgo.

Existen dos tipos de situaciones: Las potencialmente peligrosas para la vida de la mujer gestante o morbilidad materna, la cual puede llevar a una muerte materna si no es intervenidas a tiempo. La progresión de una muerte materna se asocia con el tipo de evento y con los

factores que se encuentran asociados a él, la calidad en la prestación del servicio y la actitud del usuario frente al sistema de salud. (Arcela C, Orostegui A, Alarcón M. 2016)

La OMS define la mortalidad materna como “una complicación severa que ocurre durante el embarazo parto o durante los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, pero sobrevive gracias a una intervención médica urgente y oportuna”.

En el 2005 la OMS genera un informe sobre la salud mundial, donde presenta las principales complicaciones por las que fallecen las mujeres en estado de gestación, hemorragias graves 25%, infecciones 15%, eclampsia 12%, parto obstruido 8%, abortos 13%. (OMS, 2005)

### *2.1.3. Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP)*

En Colombia se ha definido la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), bajo la Resolución 3280 de 2018, con el objetivo de establecer las disposiciones para la prestación de la Atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres, durante la etapa preconcepcional, gestación, periodo perinatal y postparto, dirigidas a mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, en parto y en posparto, así como recién nacidos hasta los 7 días de nacidos.(MSPS, 2018)

La RIAMP define lineamientos de Atención determinada bajo intervenciones colectivas, individuales y otras asociadas a complicaciones que puedan presentarse durante el proceso de gestación, parto y posparto. En relación con las intervenciones colectivas se contempla: información y educación en salud, fortalecimiento en las redes de apoyo, y aspectos de salud materna en el entorno laboral. En cuanto a las intervenciones individuales se definen por una

parte acciones de detección temprana tales como cuidado pre – concepcional, cuidado prenatal, salud bucal, promoción de la alimentación y nutrición, por otra parte, se contemplan acciones de protección específicas como lo son: intervención voluntaria del embarazo, preparación para la maternidad y paternidad, Atención del parto, cuidado del recién nacido, seguimiento al recién nacido. Y finalmente se definen intervenciones relacionadas a emergencias obstétricas tales como trastornos hipertensivos del embarazo, y hemorragia post – parto, así como complicaciones perinatales y post – natales del recién nacido, y Atención a las familias. (MSPS, 2017)

#### *2.1.4. Plan de Salud Pública Intervenciones Colectivas (PSPIC)*

En el marco de lineamientos nacionales definidos bajo el Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021), el Plan Distrital de Desarrollo (2016 – 2020), y la mencionada Resolución 3280 de 2018, se han establecido directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), el cual a nivel distrital es ejecutado por las Sub Redes Integradas de Servicios en Salud y se comprende como planes complementarios al Plan de Beneficios en Salud (PBS). El PSPIC tiene como objetivo impactar positivamente los determinantes sociales y ambientales de la enfermedad a través de la ejecución de intervenciones colectivas que afectan las condiciones, modos y estilos de vida de la población en su conjunto relacionadas con promoción de la salud y gestión colectiva del riesgo dirigidas a grupos poblacionales en entornos/espacios específicos como escenarios de transformación social.( SDS, 2019)

Dentro de las intervenciones del PSPIC se contemplan acciones de promoción y prevención en salud para la población materno perinatal, tendientes a brindar información y

educación en salud sexual y reproductiva, promover la Atención prenatal a gestantes, y disminuir las emergencias obstétricas y complicaciones perinatales.

## 2.2 Marco normativo

**Tabla 2.** *Normatividad vigente para atención a gestantes en Colombia.*

<b>Norma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>
<b>Constitución Política de Colombia. Artículo 43.</b>	Julio 4 de 1991	Establece que la mujer gestante durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado.
<b>Resolución 3280 de 2018</b>	Agosto 2 del 2018	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
<b>Decreto 1011 de 2016</b>	Abril 3 de 2016	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>Resolución 429 de 2016</b>	Febrero 17 de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
<b>Ley 1438 de 2011. Artículo 2.</b>	Enero 19 de 2011	Establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la Salud de los Colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, definiendo el Gobierno Nacional metas e indicadores de resultados en salud basados en criterios técnicos, dentro de los que se debe incluir, entre otros aspectos, la Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna.

<b>Resolución 518 de 2015</b>	Febrero 24 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC.
<b>Resolución 1709 de 2014</b>	Octubre 14 de 2014	Por la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Distrito Capital para Mejorar la Atención Materna.
<b>Plan Distrital de Desarrollo (2016 - 2020)</b>	Febrero 08 de 2018	Propiciar el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de la familia y de la sociedad.
<b>Circular Conjunta Externa N° 005 de 2012.</b>	Febrero 27 de 2012	Promover e impulsar de forma conjunta acciones preventivas que propendan por el eficiente cumplimiento de la normatividad vigente para la intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional.

*Fuente: Información r*

*Recopilada por las autoras año 2021.*

### 3. Planteamiento del problema

Durante la práctica profesional de las autoras se ha evidenciado cómo diariamente a las consultas prenatales ingresan gestantes con más de 10 semanas de embarazo y dentro de sus controles, con el paso de las consultas se identifican alteraciones que pueden ser detectadas de manera tardía y así mismo se dará su intervención. La población gestante con ingreso tardío llega con patologías de base sin tratar que durante el control prenatal puede generar complicaciones ocasionando la muerte de la madre como del producto que viene en camino.

En una investigación realizada en durante los años 2014 y 2015 la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia que en Colombia no son muchos los estudios que se enfoquen sobre el acceso a control prenatal y sus factores asociados. Como resultado a lo investigado por ellos se encontró en primera instancia que el estrato social influyó en el ingreso tardío ya que las gestantes de los estratos 1,2 y 3 fueron las que más incidencia de ingreso tardío tuvieron con una prevalencia igual al 37.5%. Por otra parte, se encontró también una asociación entre el inicio tardío y el nivel socioeconómico bajo, falta de afiliación social, baja escolaridad, edad de 18 a 24 años.

Al contrastar la prevalencia de inicio tardío del control prenatal encontrada en este estudio, con la reportada por otros autores fuera del país, se observa que dicha prevalencia fue superior a la encontrada en Nueva Zelanda por Corbett (17%, con inicio a las 18 semanas o más de gestación), en Bélgica por Beeckman (10,8%, después de la semana 12 y Fobelest (6,1%, después de la semana 14 de embarazo), en México por Heredia (16,8% después de la semana 14 de gestación) (13) y en Zambia por Sinyange (19%, después de la semana 14) (7). Pero es más baja que la reportada en Myanmar por Aung (56,6%, semana 16 de embarazo) (14), en Reino Unido por Creswell (37,5%, después de la semana 12 de gestación) (11) y en Etiopía por Zegeye (73,8%, después de la semana 12 de gestación).

En Colombia la Constitución Política de 1991 establece que la mujer gestante durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, es así como las entidades encargadas de Atención en salud a gestantes, se han esforzado por generar programas de atención integral que incluyen promoción, prevención, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación, tales como consulta preconcepcional, atención prenatal y post natal, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la OMS, el MSPS y la RIAMP. Sin embargo, se ha identificado que un porcentaje considerable de mujeres gestantes ingresan de manera tardía a los controles prenatales, aun cuando en el caso de las Instituciones Prestadoras de Salud en Bogotá se realizan acciones de salud pública de intervenciones colectivas promoción y prevención de salud (consulta pre concepcional, seguimiento a pruebas positivas de gravidez, articulación con PICS), orientadas a generar mayor cobertura y promover el acceso oportuno a la atención prenatal.

De acuerdo con lo anterior, es preciso mencionar que es posible que las estrategias aplicadas en la ruta de atención a maternas, no estén siendo completamente eficaces, pues una cantidad considerable de gestantes, está ingresando de manera tardía a los controles prenatales, implicando debilidades en el cumplimiento de atributos de la calidad tales como oportunidad, continuidad y accesibilidad.

El presente trabajo pretende responder

*¿Cuál sería la alternativa para fomentar la atención oportuna a gestantes a partir de la identificación de factores asociados al ingreso tardío de estas usuarias a controles prenatales en Colombia?*

#### **4. Justificación**

En la práctica profesional se ha evidenciado la recurrencia del ingreso de gestantes después de la semana 10. Es así como lo evidencia un estudio realizado en la ciudad de

Bucaramanga, Santander, en los años 2015 y 2016 en el cual se concluye que factores tales como la edad, baja escolaridad, desempleo, estrato socioeconómico bajo, primer embarazo, tener pareja estable, olvido del último ciclo de menstrual, no afiliación a EAPB en salud, tener afiliación a regímenes especiales e inasistencias a programas de planificación familiar y consulta preconcepcional influyen en el ingreso tardío a control prenatal.

A pesar de que hay estrategias que han sido aplicadas y divulgadas cuyo objetivo es la captación oportuna de esta población, con el fin de lograr embarazos y partos sin complicaciones, sigue siendo desconocida la razón por la cual la metodología aplicada no ha brindado el resultado esperado, por ello se hace necesario identificar los factores que afectan la adherencia de las usuarias a las estrategias utilizadas por medio de la revisión de bibliografía que tiene como fin indagar en la población las principales causas que interfieren en el ingreso tardío a los controles prenatales, y de esta manera generar una estrategia para fomentar y fortalecer el ingreso pertinente de las gestantes, y dar cumplimiento de forma oportuna como lo reglamenta la normativa vigente

La presente investigación pretende determinar estrategias de atención a gestantes con el fin de ofrecer un servicio oportuno cumpliendo con los atributos de calidad, y de esta manera evitar complicaciones y reducir gastos generados en el tratamiento de alteraciones en las usuarias que pudieron haber sido evitados. En ese sentido, es importante mencionar que la metodología de la investigación radicará en generar acciones de mejora en los atributos de calidad por medio de cambios progresivos, cumpliendo con los estándares de calidad propuestos para la atención en salud.

Con el presente proyecto se busca ofrecer a la materna un servicio cuando ella así lo requiera, en el momento oportuno, con el personal idóneo para su atención, y garantizando un proceso continuo sin barreras que puedan llegar a entorpecer el proceso iniciado. Generando resultados pertinentes, que se vean reflejados en la alegría de la madre y el recién nacido, y en la satisfacción de la atención durante su proceso de gestación, sin faltas en la intervención por parte de las EAPB.

## **5. Objetivos**

### *5.1 Objetivo General*

Diseñar una estrategia de atención a maternas a partir de la evidencia documentada acerca de factores asociados al ingreso tardío a controles prenatales contribuyendo en la mejora de la calidad de la atención.

### *5.2 Objetivos específicos*

Caracterizar la ruta de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud y Protección Social.

Identificar factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales en Colombia desde los atributos de calidad, a través de revisión de literatura.

Analizar los factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales evidenciados en la literatura, a partir de un Diagrama de Ishikawa.

Proponer una hoja de ruta orientada al diseño de una estrategia para la atención oportuna a maternas, dando recomendaciones para su implementación.

## **6. Propósito**

Con base en el artículo *“Prevalencia del inicio tardío de la atención prenatal. asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015 (Cáceres, M.; Ruiz, M., 2018)”* investigación realizada por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología, la cual indica algunos factores asociados a los ingresos tardíos tales como; la edad, escolaridad de la gestante, empleo y pareja estable, estrato socio económica, multiparidad, tipo de afiliación, falta de afiliación, consultas de planificación familiar. Se espera que nuestros resultados puedan recopilar este tipo de factores y otros que puedan estar asociados, con el fin de disponer más información sobre los factores que siguen interviniendo en estos ingresos tardíos.

La presente investigación pretende diseñar una estrategia para fomentar el ingreso oportuno de gestantes a controles prenatales, a partir de la identificación de factores asociados al ingreso tardío, y su respectivo análisis causal. La estrategia mencionada se diseñará teniendo en cuenta el modelo y ruta de atención a maternas actual, generando recomendaciones para favorecer su implementación por parte de profesionales de salud, en IPS y/o EAPB que atiendan esta población.

## **7. Aspectos metodológicos**

### *7.1 Tipo de estudio*

Documental descriptivo, realizado a partir de la revisión documental de diferentes fuentes bibliográficas como bases de datos científicas y libros, se identificarán los factores asociados al ingreso tardío de maternas a controles prenatales.

La revisión de tema se lleva a cabo mediante búsqueda de fuentes de información secundaria y terciarias en las bases de datos como Scielo, Redalyc, Pubmed, ProQuest, Science Direct. Doaj, Imbiomed, LILACS.

- Fuentes secundarias: Son aquellas fuentes que organizan la información sobre fuentes primarias en forma de índices o resúmenes para facilitar su uso y obtención.

Entre ellos:

- Avances de investigaciones en curso
  - Bibliografías
  - Boletines de bibliotecas, de asociaciones y sociedades profesionales
  - Directorios
  - Diccionarios
  - Enciclopedias
- Fuentes terciarias: Son aquellas que recopilan documentos secundarios y son las que guían al usuario a fuentes secundarias y primarias y les facilitan la ubicación y obtención de la información, por ejemplo:
    - Bases de datos bibliográficos
    - Directorios y guías
    - Internet: es una red mundial de información electrónica

### *7.2 Población de referencia y muestra*

La población de referencia comprende investigaciones acerca de la evaluación de la oportunidad de accesibilidad al control prenatal, para identificar las tendencias en el manejo de riesgos obstétricos y sus respectivos resultados. Artículos revisados entre el año 2015 y el año 2021 correspondientes a estudios en Colombia.

#### *Criterios de Inclusión:*

Artículos científicos debidamente referenciados y citados por diversos autores en bases de datos que otorguen información verídica que pueda ser comprobada experimentalmente, estos artículos no tendrán un periodo mayor de 5 años de publicación o en caso de necesidad se tomarán artículos superiores a 6 años, se tomará todo tipo de investigación ya sea de casco urbano u rural que haya sido realizada en Colombia. Se tuvieron en cuenta artículos que incluyeran datos de la atención del control prenatal, su importancia y la identificación de riesgos obstétricos.

#### *Criterios de Exclusión:*

Se excluyeron artículos que no contaran con texto completo, así como todos aquellos que no aportaran datos referentes al control prenatal y los riesgos obstétricos al no contar con una oportuna accesibilidad. Se excluyeron también publicaciones sin autores referenciados ni fecha de publicación, que no brinden una información verídica y que no pueda ser verificada por carecer de los datos necesarios. Se excluyeron publicaciones anteriores al año 2016, y de países diferentes a Colombia.

### *7.3 Matriz de variables*

Ver archivo anexo 1.

#### *7.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información*

Revisión documental por medio de bases de datos avaladas, haciendo uso de palabras claves y periodos de tiempo delimitados.

Se realiza revisión sistemática en las bases, con Mesh, Desh, Tesauros, bases como Google académico, Scielo, Pubmed, biblioteca Juan Roa Vásquez, la información obtenida por medio de la revisión bibliográfica será digitada en la matriz de variable.

### **8. Materiales y Métodos**

Durante la investigación, se realizarán las siguientes acciones:

En primera instancia se realizará la caracterización de la ruta de atención Materno Perinatal del Ministerio de Salud y Protección Social. A través de una revisión de literatura donde se documentará por medio de un mapa mental la identificación, implementación, objetivo, y alcance de la misma. Posterior a la caracterización de identificarán los factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales en Colombia desde los atributos de calidad, a través de revisión de literatura por medio de bases de datos bibliográficos. Finalizando con el análisis de los factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales evidenciados en la literatura, a partir de un Diagrama de Ishikawa. Y como resultado final se realizará la propuesta de una hoja de ruta orientada al diseño de una estrategia para la atención oportuna a maternas, dando recomendaciones para su implementación.

## **9. Plan de análisis**

El análisis de los datos se realizará inicialmente con la tabulación de la información, la cual será registrada en un archivo de datos en formato Excel, con base en esos datos se realizarán tablas y gráficas de diferentes tipos tales como gráficas de barras, gráficas circulares, y gráficas de dispersión, que serán seleccionadas de acuerdo a necesidad y con base en el tipo de datos.

El análisis de la información se realizará por medio de la herramienta para análisis causa - efecto denominada: Diagrama de Ishikawa: análisis causa - efecto de los problemas, el cual permitirá representar gráficamente el conjunto de factores que dan lugar al ingreso tardío de maternas a controles prenatales, o bien el conjunto de factores y subfactores (en las “espinas”) clasificados en categorías diferentes según el tipo de factor.

## **10. Consideraciones y aspectos éticos**

El proyecto de investigación cuenta con todos los principios éticos.

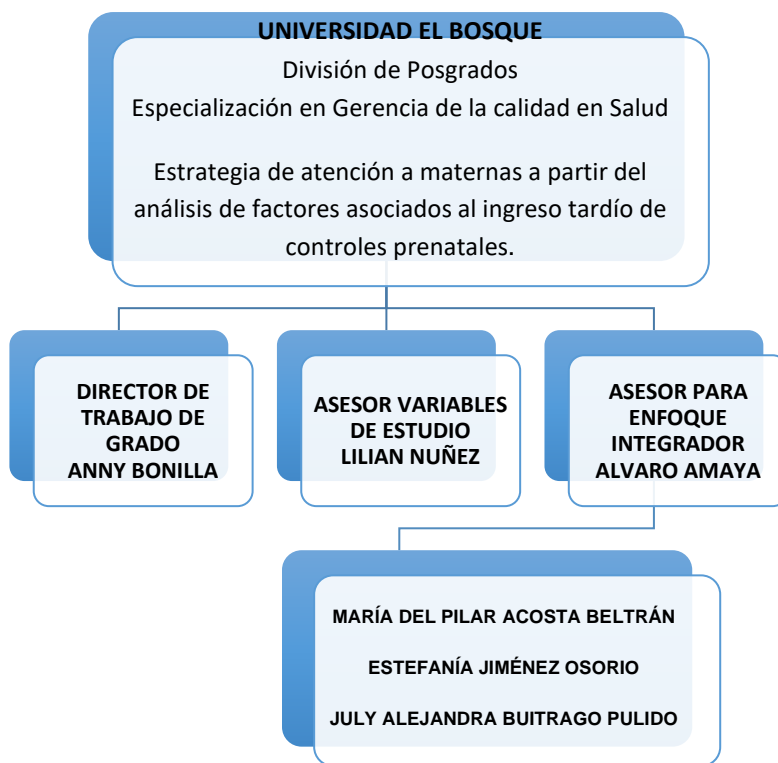
Con el proyecto de grado se busca hacer el bien a las usuarias. Se busca que las maternas tengan la atención adecuada, que encuentren bienestar en la atención. Se pretende que las falencias que puedan desencadenar un resultado de daño sean minimizadas y en un futuro puedan ser eliminadas.

El trabajo de grado tiene como fin contribuir al mejoramiento de la atención, ya que es bien sabido que los ingresos tardíos pueden terminar mortalidades o morbilidades para la madre y su hijo nuestro propósito va enfocado a minimizar estos riesgos

El proyecto de investigación estará orientado hacia la justicia, en torno a que todas las mujeres en estado de gestación se les preste los servicios sin barreras, que prime la salud y el bienestar del binomio antes que cualquier proceso y trámite legal o financiero.

## 11. Estructura organizacional del proyecto

**Figura 1.** Estructura Organizacional del proyecto



Fuente: *Elaborado por las autoras. Marzo 2021*

## 12. Cronograma

Las actividades del presente estudio, fueron realizadas de acuerdo con el siguiente cronograma. **Tabla 3.** Cronograma

No	Actividad	Responsable	Julio 2020		Agosto 2020				Septiembre 2020				Oct 2020	Nov 2020	Dic20 20	Ene 2021	Feb 2021	Mar 2021	Abr2 021	May 2021	Jun 2021
			17-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-31	1-7	8-14	15-21	22-30	1-31	1-30	1-31	1-31	1-28	1-31	1-20	1-31	1-20
1	Propuestas de investigación	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
2	Búsqueda bibliográfica	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
3	Elaboración introducción y marco de referencia	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
4	Asesoría Metodológica	Dra. Anny Bonilla																			
5	Asesoría enfoque integrador	Dr. Álvaro Amaya																			
6	Planteamiento del problema, justificación,	María Del Pilar Acosta Beltrán																			

No	Actividad	Responsable	Julio 2020		Agosto 2020				Septiembre 2020				Oct 2020	Nov 2020	Dic2020	Ene 2021	Feb 2021	Mar 2021	Abr2021	May 2021	Jun 2021
			17-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-31	1-7	8-14	15-21	22-30	1-31	1-30	1-31	1-31	1-28	1-31	1-20	1-31	1-20
	objetivos y propósito	July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
7	Asesoría Metodológica	Dra. Anny Bonilla																			
8	Diseño metodológico	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
9	Descripción materiales y métodos, plan de análisis	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
10	Consideraciones, aspectos éticos, estructura organizacional del proyecto, cronograma y presupuesto	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez																			
11	Asesoría Metodológica	Dra. Anny Bonilla																			
12	Primer entrega	María Del Pilar Acosta Beltrán																			

No	Actividad	Responsable	Julio 2020		Agosto 2020				Septiembre 2020				Oct 2020	Nov 2020	Dic2020	Ene 2021	Feb 2021	Mar 2021	Abr2021	May 2021	Jun 2021
			17-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-31	1-7	8-14	15-21	22-30	1-31	1-30	1-31	1-31	1-28	1-31	1-20	1-31	1-20
		July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
13	Asesoría Metodológica	Dra. Anny Bonilla																			
14	Asesoría estadística	Dra. Lilian Nuñez																			
15	Asesoría enfoque integrador	Dr. Álvaro Amaya																			
16	Asesoría estadística	Dra. Lilian Nuñez																			
17	Consolidar información encontrada en la revisión documental	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			
18	Asesoría Metodológica	Dra. Anny Bonilla																			
19	Resultado, discusión, conclusiones, recomendaciones	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			

No	Actividad	Responsable	Julio 2020		Agosto 2020				Septiembre 2020				Oct 2020	Nov 2020	Dic20 20	Ene 2021	Feb 2021	Mar 2021	Abr2 021	May 2021	Jun 2021
			17-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-31	1-7	8-14	15-21	22-30	1-31	1-30	1-31	1-31	1-28	1-31	1-20	1-31	1-20
20	Asesoría Metodológica	Dra. Anny Bonilla																			
21	Socialización de trabajo e grado	María Del Pilar Acosta Beltrán July Alejandra Buitrago Pulido Estefanía Jiménez Osorio																			

Fuente: *Elaborado por las autoras, septiembre 2020*

### Presupuesto

En la realización del presente estudio se destinaron recursos económicos asumidos por las investigadoras de acuerdo a la siguiente tabla.

**Tabla 4.** *Presupuesto del trabajo de grado*

<b>RUBROS Y FUENTE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>Investigadoras</b>	3 investigadores	Encargadas de realizar el diseño y desarrollo del trabajo de grado	0	0
<b>Asesoría metodológica</b>	1 Asesor	Profesional orientadora de los aspectos metodológicos del trabajo de grado	0	0
<b>Asesoría estadística</b>	1 Asesor	Profesional orientada a los aspectos estadísticos del trabajo de grado	0	0
<b>Internet</b>	3	Red necesaria para búsqueda activa de información	50.000	150.000
<b>Computadores (depreciar el valor de acuerdo a tiempo y horas)</b>	3	Necesarios para creación de protocolo de investigación, artículo de investigación, búsqueda de información	150.000	450.000
<b>Imprevistos (10%)</b>	-	Gastos que no contemos y sean necesarios.	-	80.700

---

<b>TOTAL</b>	150.000	680.700
--------------	---------	---------

---

Fuente: *Elaborado por las autoras, marzo de 2021*

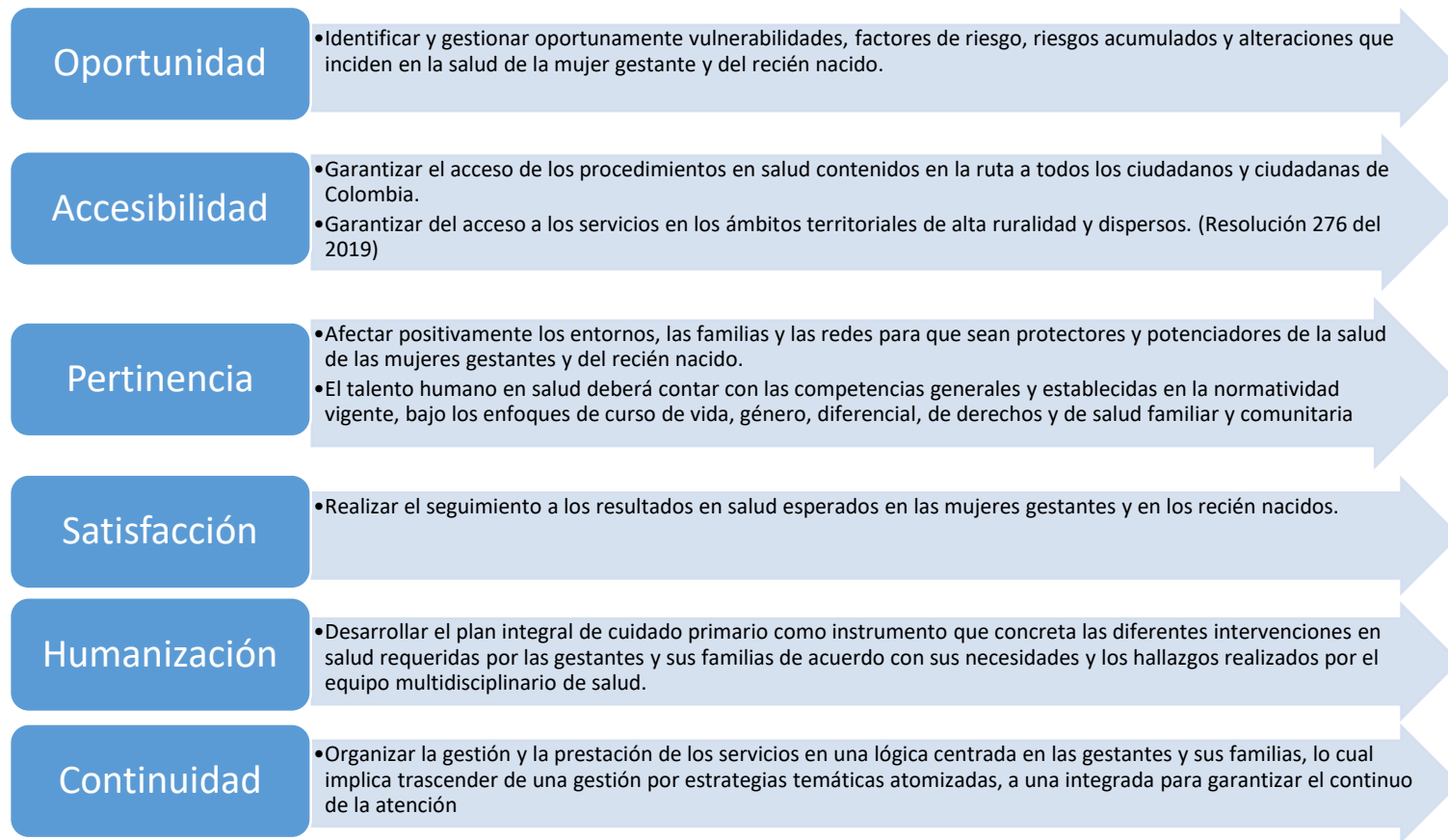
## **14. Resultados**

### *14.1. Caracterización Ruta Materno Perinatal*

Con base en la política de PAIS y en la Resolución 3280 de 2018, se define la ruta de atención materno perinatal indicando el proceso desde antes de la concepción del embarazo hasta la culminación del mismo. A continuación, se presenta los principales objetivos de la ruta en relación con los estándares de calidad seleccionados para el presente trabajo:

(Figura 2)

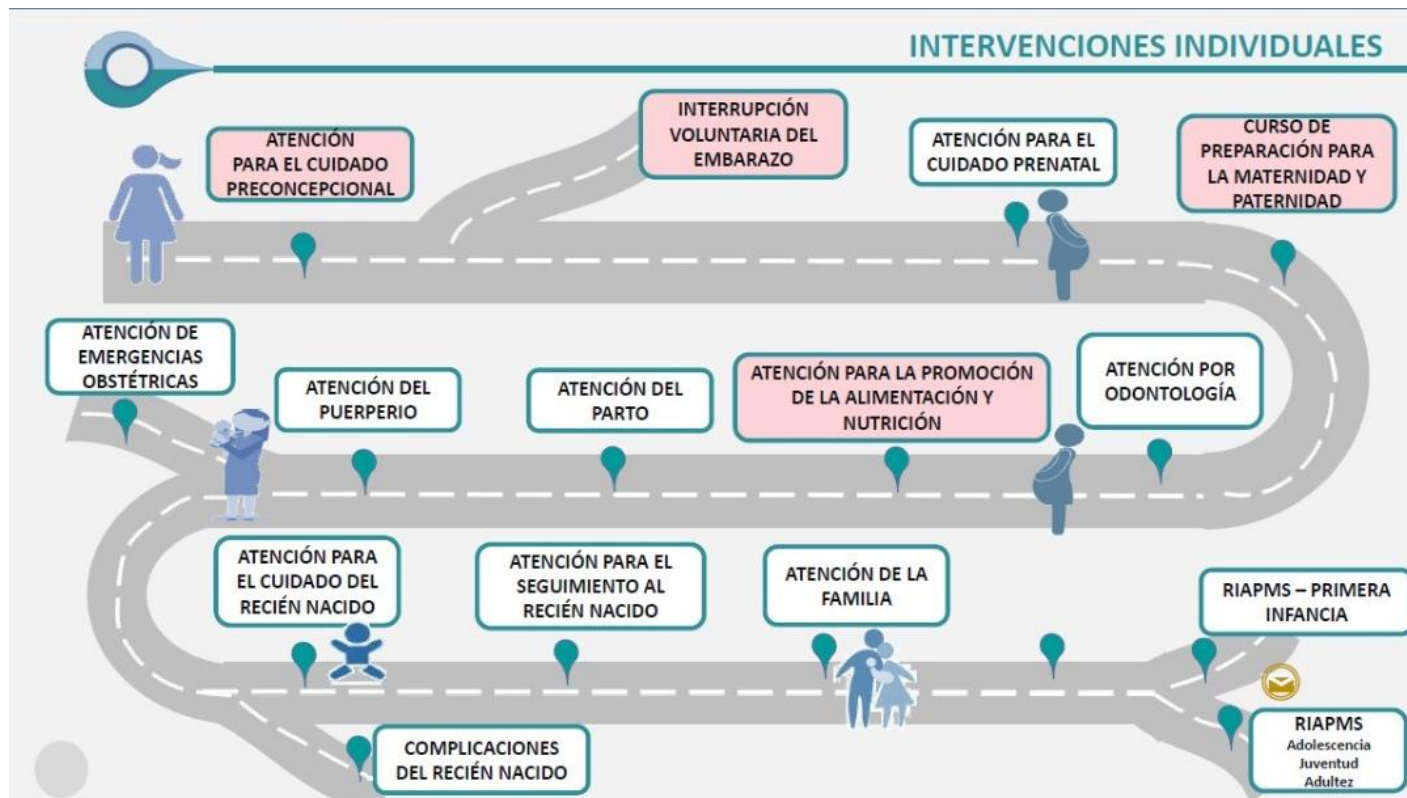
**FIGURA 2.** Caracterización ruta materna ministerio de protección social según los atributos de calidad en salud.



Fuente: *Elaborado por las autoras, marzo de 2021*

En la siguiente figura se deja plasmado el proceso de la ruta materno perinatal desde su inicio hasta su fin, así como su proceso interno de esta. (Figura 3)

**FIGURA 3.** Ruta materno perinatal definida por la Resolución 3280 del 2018



Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/>. 2021*

### *14.2 Identificar factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales en Colombia desde los atributos de calidad*

Se revisaron 37 textos de investigación de acuerdo a los criterios de búsqueda citados en el capítulo de diseño metodológico, materiales y métodos. Por localización geográfica se encontraron investigaciones realizadas en diferentes zonas de Colombia, en cada una de las 5 regiones. Como tipos de literatura se encontraron en su mayoría artículos de investigación, seguido de tesis de posgrado y menor cantidad de tesis de pregrado. Los años de publicación van del 2015 al 2020, el año en el que más literatura se logra encontrar es en el año 2019, posterior a la publicación de la RIAMP. Se encontraron mayor cantidad de investigaciones tipo descriptivo y menor cantidad tipo analítico. Los principales temas de estudio estuvieron asociados a con algunos atributos de calidad tales como accesibilidad, oportunidad, satisfacción y pertinencia; así mismo se encontraron temáticas asociadas a adherencia a control prenatal, mortalidad materna, y caracterizaciones de poblaciones específicas. Ver tabla 4.

**Tabla 5.** *Categorización de literatura*

<b>Categorías</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Cantidad</b>
<b>Localización geográfica</b>	Región caribe	13
	Región andina	9
	Región Pacífica	8
	Región Orinoquía	2
	Región Amazónica	1
	Colombia	2

	Latinoamérica	2
<b>Tipo de literatura</b>	Artículos de investigación	22
	Tesis de posgrado	10
	Tesis de pregrado	5
<b>Año de publicación</b>	2015	6
	2016	6
	2017	7
	2018	4
	2019	11
	2020	2
<b>Tipo de estudio</b>	Estudios descriptivos	30
	Estudios analíticos	7
<b>Tema principal</b>	Accesibilidad	7
	Adherencia a control prenatal	15
	Calidad de la atención	1
	Caracterización de población específica	3
	Mortalidad materna	3
	Oportunidad	3
	Pertinencia	3
	Satisfacción	2

Fuente: *Elaborado por las autoras, marzo de 2021*

### *14.3 Analizar los factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales evidenciados en la literatura*

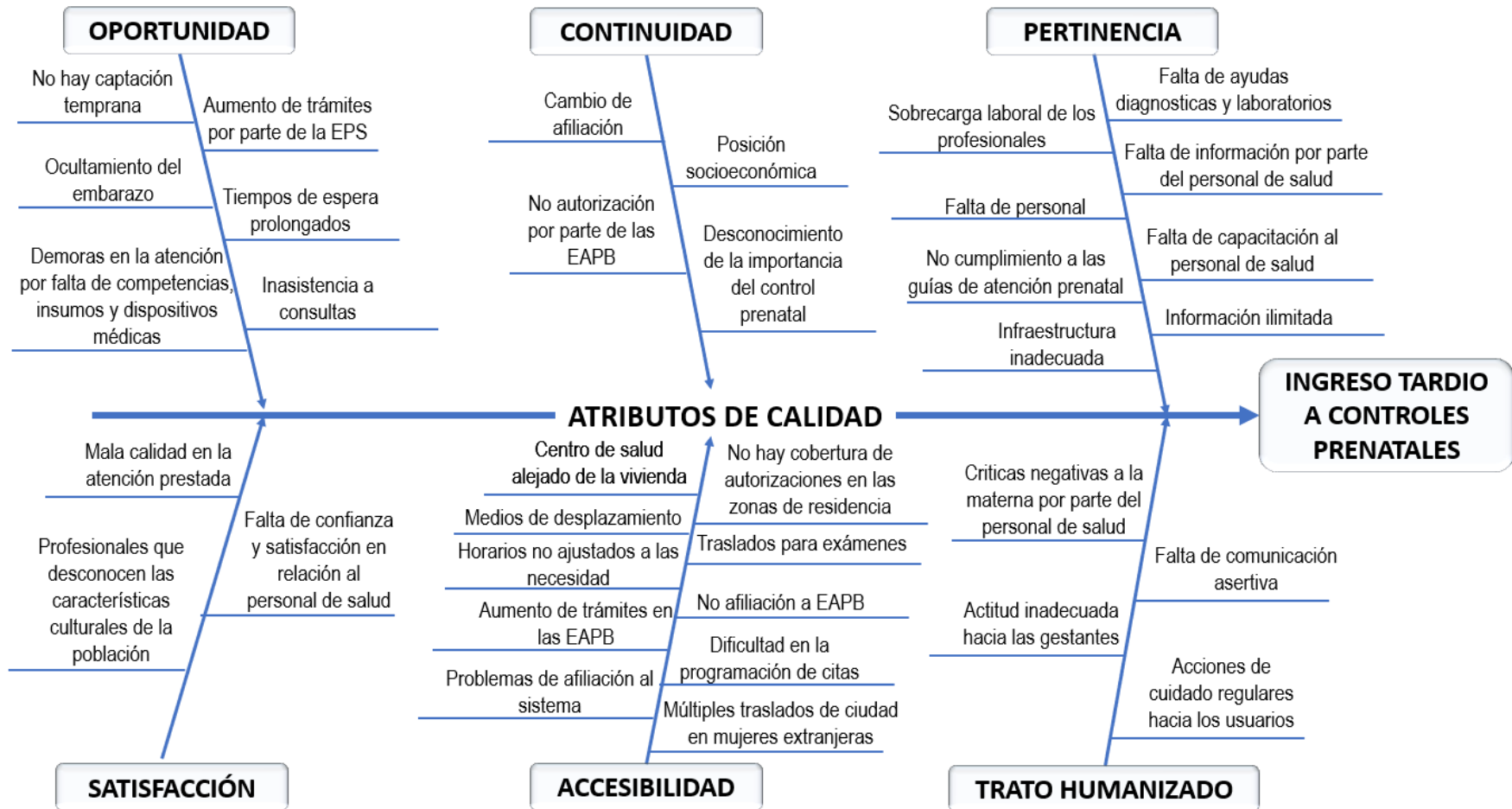
De los 37 artículos revisados se logran identificar varios factores asociados al ingreso tardío que se relacionan de manera directa con el cumplimiento o incumplimiento de los atributos de calidad en salud de acuerdo al MSPS. Así mismo se identifica que la mayoría de los artículos revisados se referían a los factores sociodemográficos de la población como principales factores asociados al ingreso tardío. En ese sentido, en el análisis de la información se generan dos diagramas de Ishikawa que permiten sintetizar la información más relevante de la siguiente manera:

#### *Factores de ingreso tardío asociados a los atributos de calidad*

En la población gestante los atributos de calidad permiten identificar el cumplimiento de elementos básicos de atención de acuerdo a las necesidades y los estándares de atención requeridos. De acuerdo a ello se encuentra que todos los atributos influyen en la atención a maternas, sin embargo, cabe resaltar que el atributo de accesibilidad es el que tiene mayor influencia, pues en la literatura revisada se evidencia que condiciones tales como cobertura, horarios, trámites, afiliación, traslado al centro de salud, entre otras, son factores que contribuyen a la inasistencia oportuna a controles prenatales. Figura 3.

Así mismo, factores asociados al atributo de pertinencia tienen gran influencia en el acceso tardío, pues en la literatura revisada se identificaron factores como sobrecarga del personal, falta de capacitación, falta de conocimiento de guías de atención, y falta de ayudas diagnósticas y laboratorios, entre otras, influyen en la no asistencia o baja adherencia a controles prenatales. Figura 4.

**FIGURA 4.** Diagrama de Ishikawa: Factores de ingreso tardío asociados a los atributos de calidad.

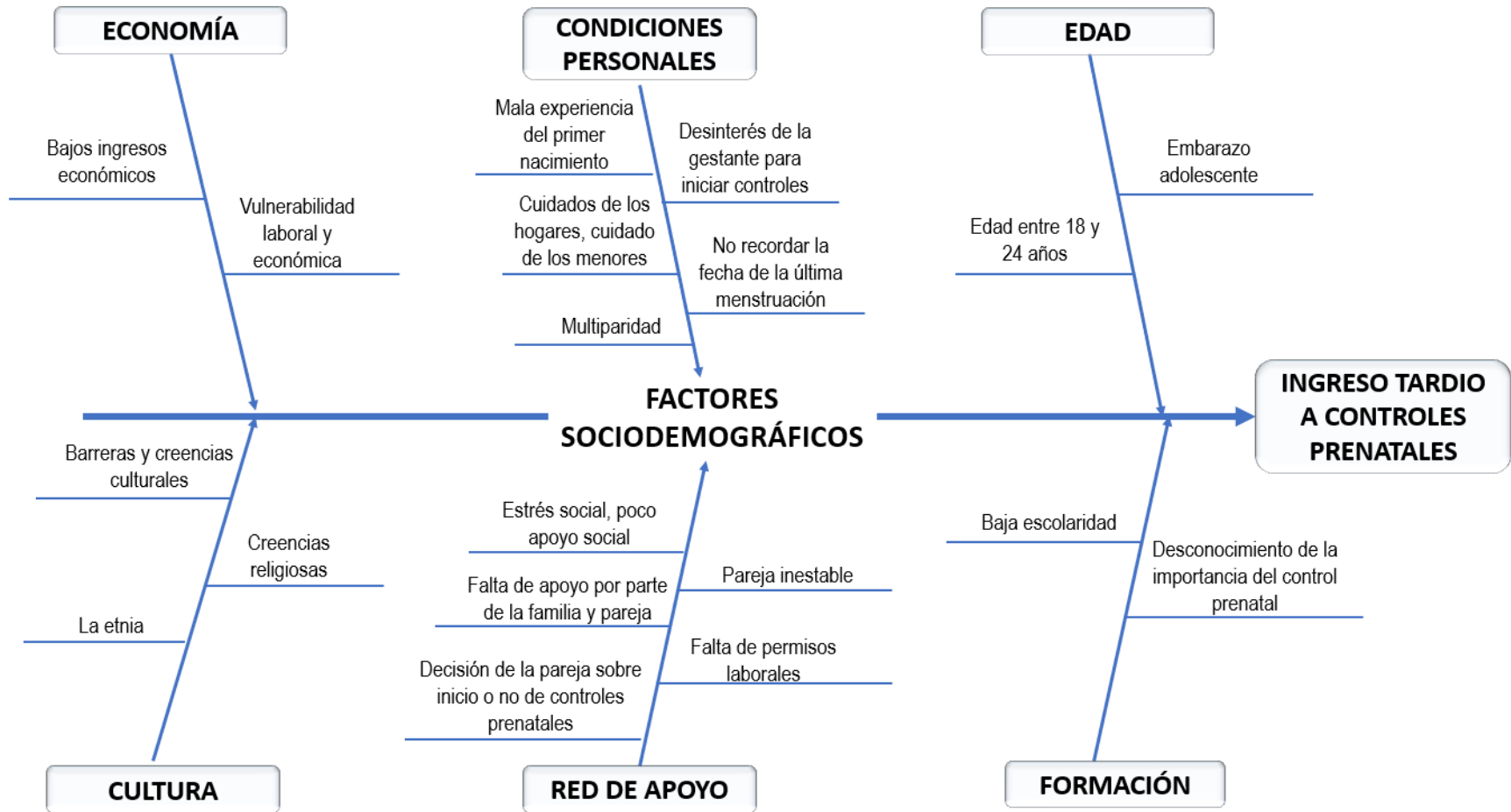


Fuente: Elaborado por las autoras, abril de 2021.

*Factores de ingreso tardío asociados a factores sociodemográficos*

Como se ha mencionado, los factores sociodemográficos de la población tienen una gran influencia en la asistencia oportuna a controles prenatales. En la Figura 5 se describen los principales elementos encontrados que influyen de manera directa en la toma de decisiones de las gestantes. Se identifican principalmente condiciones personales y de la red de apoyo de las mujeres, que generan barreras y limitaciones para acceder de manera oportuna a los servicios, y según la literatura, en ocasiones a pesar del conocimiento de la importancia de los controles en las madres, estos factores sociodemográficos impiden su adherencia a los programas, lo cual en un país como Colombia es de gran relevancia considerando su alta variabilidad cultural y social.

**FIGURA 5.** Diagrama de Ishikawa: Factores de ingreso tardío asociados a factores sociodemográficos.



Fuente: Elaborado por las autoras, abril de 2021.

## 15. Discusión

La evidencia de la literatura estudiada indica que los factores asociados al ingreso a control prenatal son múltiples y varían según los determinantes sociales, económicos y culturales.

Las diferentes investigaciones estudiadas indican que los factores sociodemográficos eran los más frecuentes asociados al ingreso tardío. Lo cual permite evidenciar que se da un cumplimiento limitado a lo indicado en la Resolución 276 del 2019, según la cual se debe garantizar el acceso a los servicios en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y dispersos.

Principalmente se evidencia que estas barreras son más frecuentes en las zonas de ruralidad de las regiones del caribe y amazonia por su número de población apartada, así mismo se evidencia que esta población es más susceptible a verse afectada por estos factores sociodemográficos debido a sus creencias y su cultura, ya que la mayoría de población en estas regiones eran indígenas (Comunidades Wayuu y Embera Katio).

De las 37 investigaciones revisadas 32 de estas refirieron que los principales factores asociados al ingreso tardío fueron: baja escolaridad, baja red de apoyo de la familia de la pareja y bajos ingresos económicos. Así mismo, en menor medida se encontraron también factores como desconocimiento de la fecha de la última menstruación, condiciones personales y edad.

Algunos de estos factores sociodemográficos se encuentran fuera del control de las instituciones de salud en Colombia y dependen de agentes externos, que están más asociados a planes de intervención social, por lo tanto, no se consideran prioritarios para intervención por parte de la RIAMP. Sin embargo, esta falta de intervención afecta de manera directa a

la población materna ya que los ingresos tardíos a control prenatal impiden que se detecte de manera oportuna complicaciones que puedan ser tratadas de manera oportuna, evitando así muerte del binomio, materna o muerte fetal, desencadenando un fuerte impacto a nivel de salud pública. Estos sucesos también afectan los procesos que son desarrollados e implementados en las instituciones generando que se replanteen estrategias para mitigar estos eventos.

En relación a los atributos de calidad se evidencia que las principales barreras de acceso en lo que corresponde a oportunidad son: aumento de trámites por parte de la EPS, inasistencias a las consultas, tiempos de espera prolongado en las atenciones. Con relación al atributo de continuidad se evidencia que los factores más comunes fueron: cambios de afiliación, falta de autorización por parte de la EAPB. Respecto a la pertinencia se evidencia que los factores más comunes son: baja adherencia a las guías de control prenatal, falta de información por parte del personal de salud, falta de ayudas diagnósticas de laboratorio y fallas en la infraestructura de las instituciones. En cuanto al atributo de satisfacción se encuentra falta de confianza y satisfacción en relación al personal de salud y actitud inadecuada por parte del personal, actitud inadecuada hacia las usuarias, comentarios negativos por parte del personal sanitario y falta de comunicación asertiva. En lo relativo con accesibilidad se identifica que se presenta con más frecuencia los problemas de afiliación, dificultad para el acceso a los centros de salud para programar atenciones, horarios no ajustados a la necesidad del usuario y traslados a otras ciudades.

Según lo establecido en la Resolución 3280 del 2018 se debe garantizar la prestación de atenciones/intervenciones con los mecanismos de abordaje de las poblaciones, de acuerdo

con sus particularidades y las de los territorios que habitan, con el fin de garantizar los objetivos y resultados esperados definidos en éstas, en el marco de los atributos de calidad de la atención en salud. De cara a lo anterior se evidencia que las falencias en los atributos de calidad mencionados generan limitaciones en la atención a la población materna al no dar cumplimiento a los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud tales como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, y tratamiento.

Por lo tanto, es importante fortalecer acciones en las instituciones de salud que permitan dar cumplimiento a los atributos de calidad, de manera que se garantice atención con calidad a la población materna, en factores que están bajo el control de personal de salud de acuerdo a los lineamientos establecidos de las RIAMP.

## **16. Conclusiones y recomendaciones**

En conclusión, en la literatura consultada principalmente se abordaron factores sociodemográficos y asociados al ingreso tardío y/o baja adherencia a los controles prenatales, por lo tanto, las conclusiones y recomendaciones generadas están orientadas hacia la necesidad de implementar acciones que fortalezcan la calidad en salud a partir de los atributos que se vieron afectados en mayor medida durante la investigación.

Las principales causas que se asociaron al ingreso tardío en la revisión de literatura fueron las relacionadas a factores sociodemográficos, siendo este factor el más frecuente en las investigaciones consultadas.

En relación con los atributos de calidad, se evidencia que el atributo que predomina en factores asociados que influyen en el ingreso tardío es la accesibilidad, seguido del atributo

de pertinencia y oportunidad. Por su parte los atributos de Continuidad, Satisfacción y Trato Humanizado tuvieron menor cantidad de reporte en las investigaciones.

Dentro de los factores asociados al atributo de accesibilidad una situación comúnmente mencionada en la literatura consultada es la no afiliación a las EAPB, así como problemas en la afiliación y aumento de trámites para acceder a los servicios, lo que lleva a concluir que no se están realizando las acciones suficientes para garantizar la afiliación y acceso a los servicios en salud del binomio madre – hijo.

En la literatura consultada se evidenciaron factores similares de ingreso tardío a controles prenatales tanto en el casco urbano como rural de Colombia, no se evidencia una diferencia que impacte, ya que, si bien en la zona rural se evidencian dificultades de accesibilidad por su demografía, en la zona urbana se evidencian barreras de afiliación o administrativas, pero en general los factores que tienen mayor incidencia en ambas áreas son los factores sociodemográficos.

Durante la revisión de literatura se evidenció la importancia en la empatía, humanismo y comunicación asertiva de los trabajadores de salud hacia las maternas para generar adherencia al control prenatal, lo cual es vital y determina la percepción de calidad de la atención.

Las principales razones por las que las adolescentes tienen inadecuados controles prenatales pueden estar relacionado con: crítica negativa por parte del profesional de salud, el contexto comunitario en el que se desarrolló el embarazo, temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas y la disfuncionalidad familiar.

De acuerdo a lo evidenciado desde la gerencia de calidad de las instituciones, es importante fortalecer en las organizaciones de salud la implementación de los programas de atención con base a los atributos de calidad ya que por medio de ellos se genera una adecuada atención en salud con énfasis en la eliminación de barreras administrativas y el fortalecimiento de la prestación de servicios de calidad con habilidades de humanización en el personal asistencial y administrativo de las instituciones.

### **Recomendaciones**

Proponer una hoja de ruta orientada al diseño de una estrategia para la atención oportuna a maternas: A partir de la investigación realizada y lo evidenciado en la literatura consultada con el fin de dar respuesta a la necesidad de intervenir los atributos de calidad se propone una estrategia dirigida a las IPS (Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud) brindando herramientas para su implementación desde la perspectiva gerencial por medio de la estrategia del ciclo PHVA.

## **ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A MATERNAS DIRIGIDA AL FORTALECIMIENTO DE PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUDY PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

### **INTRODUCCIÓN**

La diferentes investigaciones realizadas en zonas urbanas y rurales de todas las regiones de Colombia en torno a la identificación de factores de ingreso tardío a controles prenatales, dejan en evidencia la necesidad de fortalecer en las organizaciones de salud la implementación efectiva de los atributos de calidad en la prestación de los servicios, de manera que el talento humano en salud este en capacidad de brindar orientación a las gestantes y futuras gestantes, en cuanto al acceso a los servicios que están establecidos bajo la Constitución Política de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal. Lo anterior teniendo en cuenta que los atributos de calidad son factores bajo los cuales es posible mantener un control y asegurar así la prestación de servicios con calidad.

De cara a lo anterior desde una perspectiva laboral, profesional y basada en lo evidenciado durante la búsqueda bibliográfica con la estrategia que a continuación se presenta se busca mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, a partir de lo que ya se tiene establecido a nivel normativo en salud y de las políticas que ya han sido diseñadas. Es por eso que se fija la mirada en los programas priorizados por medio de las Resoluciones 3280 del 2018 y 2626 del 2019 que buscan encaminar las acciones de salud a todos los entes del territorio.

## **OBJETIVO**

Fortalecer la implementación de las acciones propuestas en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal a través de la aplicación de estrategias orientadas a garantizar el acceso oportuno de las gestantes a los controles prenatales.

1. Sensibilizar a la población sobre los diferentes programas de promoción y prevención que cuentan las instituciones de salud, fortaleciendo los beneficios de estos programas en el impacto de la salud en la comunidad.
2. Fortalecer los programas de promoción y prevención de las diferentes instituciones de salud, en especial la atención preconcepcional atención que es la puerta de entrada a la promoción de embarazos deseados y seguros.
3. Promover a la disminución gradual de los ingresos tardíos a controles prenatales en mujeres que cuenten con una afiliación a una EAPB y tengan asignación a una IPS específica.
4. Generar articulación entre diferentes áreas asistenciales y la ruta materno perinatal con el fin de promover por medio de otras áreas el ingreso de mujeres en estado de embarazo a sus controles de manera oportuna.

## **DIRIGIDO A:**

Organizaciones públicas y privadas que estén habilitadas para prestar servicios ambulatorios y no ambulatorios a mujeres en estado de gestación.

- Instituciones de salud a nivel nacional que cuenten con programas de promoción y mantenimiento dentro de sus instituciones.
- Rutas Integrales de Atención priorizando Ruta de Promoción y Mantenimiento y Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.
- Profesionales ambulatorios, hospitalización y urgencias gineco-obstétricas de las instituciones de salud.

### **ALCANCE**

Con esta estrategia buscamos generar herramientas para las instituciones de salud, que sirvan a la promoción de la disminución gradual de ingresos tardíos a controles prenatales. Buscamos que cada ruta de la salud en especial la materno perinatal y la de promoción y mantenimiento fortalezcan actividades correspondientes de ellas.

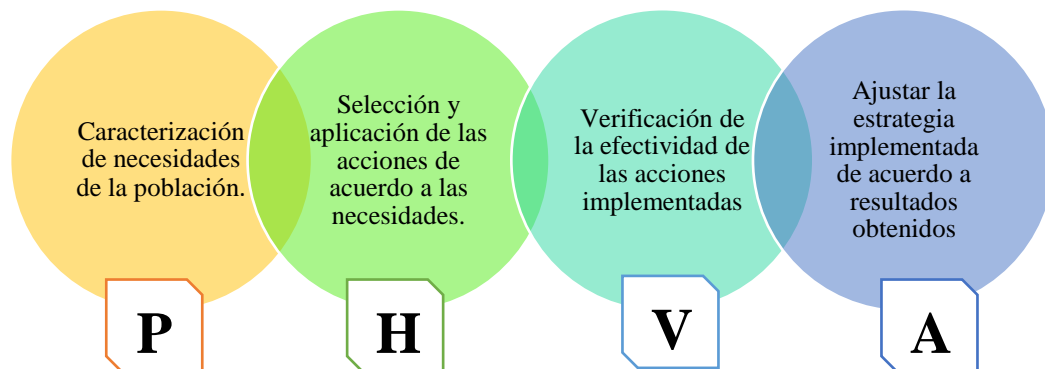
Pretendemos que los profesionales de salud se apropien de los programas de promoción y mantenimiento con el fin de promover factores protectores y estilos de vida saludables que favorezcan a la disminución de embarazos no deseado y así mejorar el indicador de ingresos tardíos a controles prenatales.

### **FASES / ETAPAS**

Teniendo en cuenta el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) se propone que la presente estrategia sea aplicada en cuatro fases, en las cuales la institución pueda realizar una caracterización de las necesidades y de acuerdo a ello implementar la estrategia y

verificar los resultados obtenidos, generando así al final del ciclo los ajustes necesarios para su mantenimiento.

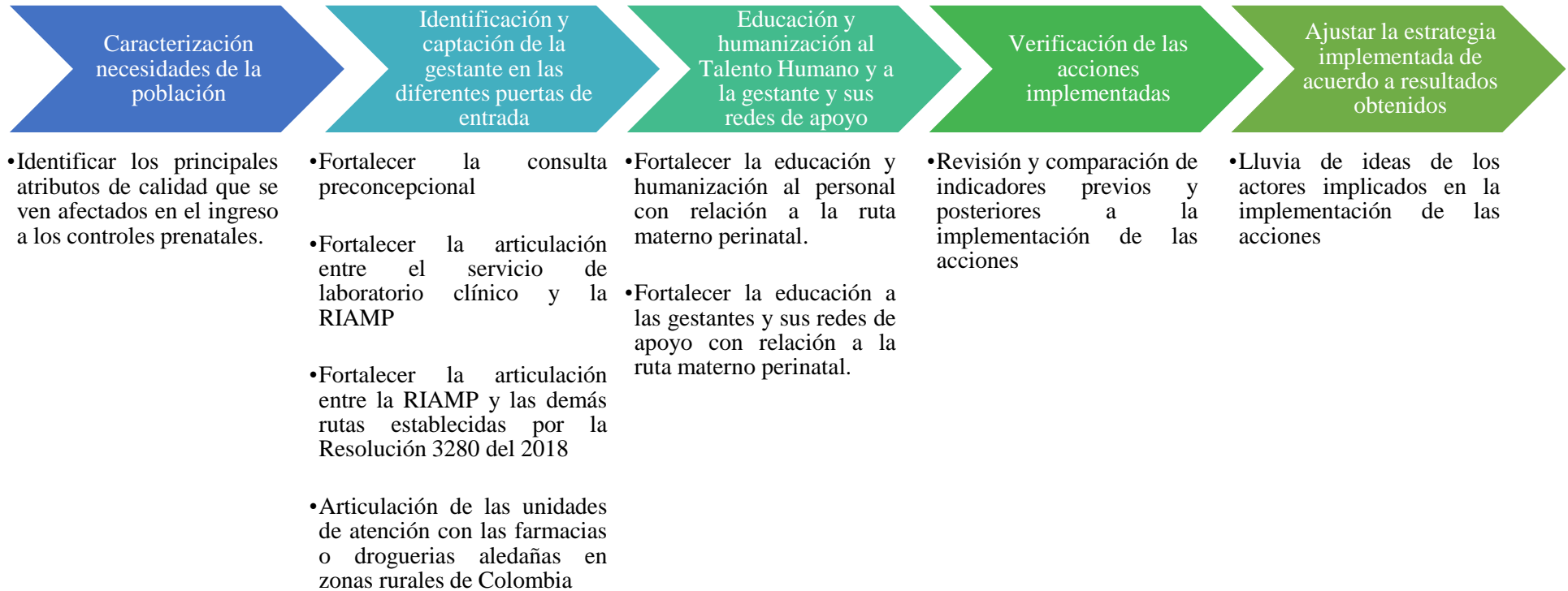
**FIGURA 6.** *Ciclo PHVA. Estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención*



Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021.*

A continuación, se presentan las acciones propuestas para implementar la estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención, en la cual se proponen cuatro actividades principales que buscan el fortalecimiento del ingreso oportuno de gestantes y futuras gestantes, y se dividen en tres etapas que dan respuesta a los atributos de calidad más afectados, ver figura 7:

**FIGURA 7.** *Etapas de implementación. Estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención.*



Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 6.** *Matriz 5W1H. Estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención.*

A continuación, se presenta la Matriz 5W1H donde se ilustran las acciones propuestas para implementar la estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención, en la cual se proponen actividades que buscan el fortalecimiento del ingreso oportuno de gestantes y futuras gestantes, y se dividen en cinco etapas que dan respuesta a los atributos de calidad más afectados de acuerdo a la investigación realizada: (Tabla 7)

**Tabla 6.** Matriz 5W1H. Plan de acción ingreso oportuno de maternas al programa de control prenatal.

MATRIZ 5W1H PLAN DE ACCIÓN INGRESO OPORTUNO DE MATERNAS AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL (TIEMPO DE EJECUCIÓN 6 MESES)											
ETAPA	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	META	INDICADOR (definir el nombre)	SEGUIMIENTO	RECURSOS / METODOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO	RESULTADOS / HALLAZGOS DEL SEGUIMIENTO	ATRIBUTO
1. Caracterización necesidades de la población	Identificar los principales atributos de calidad que se ven afectados en el ingreso a los controles prenatales a partir de la caracterización de necesidades de la población	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.	1. Diseño e implementación de una base de datos materno perinatal, con las siguientes categorías mínimas: - Variables geográficas - Variables demográficas - Variables psicográficas - Condiciones de Morbi - Mortalidad y Perfil de Riesgo - Variables de comportamiento - Uso de los servicios de salud	Primer mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.	Identificar la población objeto	Caracterización de necesidades	Mensual	Historia clínica	Base de datos completamente diligenciada con la población femenina en edad fértil a intervenir	Accesibilidad Humanización Satisfacción Oportunidad

2. Identificación y captación de la gestante en las diferentes puertas de entrada	Fortalecer la consulta preconcepcional en las instituciones de salud.	Líder de la Ruta de Promoción y Mantenimiento y su equipo adscrito y capacitado en ella.	2. A través de un proceso de capacitación continuada que permita fortalecer las competencias de los colaboradores para realización de dicha consulta.  3. Aumentar la oportunidad de consultas de atención preconcepcional de acuerdo a la población asignada a la institución	Segundo mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia  Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)	Capacitar al 100% de la población en consulta preconcepcional  Aumentar las consultas preconcepcionales en un 20%	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones.  Oportunidad de la consulta preconcepcional	Capacitaciones semestrales Oportunidad de la consulta preconcepcional mensual	Actas de reunión.  Sistema de Información - RIPS	Auditoria de historia clínica	Continuidad Eficacia Oportunidad
	Fortalecer la articulación entre el servicio de laboratorio clínico y la ruta materno perinatal.	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.  Líder de laboratorio clínico.	4. Implementar un canal de comunicación entre el servicio de laboratorio y la ruta perinatal para escalar los resultados positivos de gonadotropina coriónica con el fin de integrar a la gestante de manera inmediata al programa de control prenatal.	Segundo mes	Laboratorio clínico de la organización.	100% de mujeres con resultados positivos para hCG informados a la RIAMP	Porcentaje de resultados positivos para hCG informados a la RMPN	Trimestral	Historia clínica	Soporte de notificación de resultado positivo de la prueba (base de datos, correo electrónico, entre otros)	Pertinencia Oportunidad. Continuidad.
	Fortalecer la articulación entre la RIAMP y las demás rutas establecidas por la Resolución 3280 del 2018	Líderes de las respectivas rutas de atención.	5. Canalizar de manera inmediata a las mujeres en estado de embarazo que se encuentre adscrita a alguna de las rutas integrales de atención hacia la ruta de atención materno perinatal. Lo anterior efectuando una entrega de su estado de salud y reporte de los tratamientos realizados.	Segundo mes	Institución pública privada donde se implemente la estrategia  Todas las áreas o servicios de la organización que tengan relación directa con las rutas integrales de atención.	100% de mujeres en estado de embarazo informados a la RIAMP	Oportunidad en la canalización de gestantes.	Trimestral	Historia clínica	Soporte de notificación de resultado positivo de la prueba (base de datos, correo electrónico, entre otros)	Pertinencia Oportunidad. Continuidad.

	Articulación de las unidades de atención con las farmacias o droguerías aledañas en zonas rurales de Colombia	<p>Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.</p> <p>Personas encargadas de las farmacias o droguerías.</p>	<p>6. Implementar un canal de comunicación entre la ruta materno perinatal y las farmacias o droguerías aledañas a las unidades de atención, con el fin de informar a las mujeres que adquieran pruebas de embarazo caseras acerca de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal en la institución de salud.</p> <p>Información en la cual se indique que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En caso de tener una prueba positiva puede ser vinculada al programa de control prenatal-</li> <li>-En caso de tener una prueba negativa puede ser vinculada al programa de planificación familiar.</li> </ul>	Segundo mes	<p>Institución pública privada donde se implemente la estrategia (en zona rural)</p> <p>Droguerías o farmacias aledañas a la institución. (en zona rural)</p>	20% de mujeres que ingresan a la ruta indicando haber recibido la información en las droguerías o farmacias	Canal de comunicación droguerías y RIAMP	Semestral	Historia clínica	Reporte de mujeres que ingresan a la ruta manifestando haber recibido la información en las droguerías o farmacias	Oportunidad Continuidad Satisfacción Accesibilidad
3. Educación y humanización TH/gestante y sus redes de apoyo	Fortalecer la educación y humanización al personal con relación a la RIAMP	<p>Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.</p> <p>Área de talento humano (humanización).</p>	<p>7. Fortalecimiento de los conceptos relacionados a la ruta materno perinatal por medio de actividades (juego de roles) simulando situaciones cotidianas donde mujeres en estado de gestación ingresan a los servicios en busca de orientación</p> <p>8. Implementación de actividades de sensibilización al personal de salud</p>	Cuarto mes	<p>Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.</p> <p>Todas las áreas o servicios de la organización.</p>	100% del personal capacitado	Porcentaje de sensibilización al personal en torno a RIAMP	Trimestral	Actas de reunión	Disminución de PQR por parte de las gestantes respecto a falta de humanización en el personal	Satisfacción del usuario Humanización

	Fortalecer la educación a las gestantes y sus redes de apoyo con relación a la RIAMP.	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.	9. Divulgación audiovisual de información relacionada con la RIAMP, y a los programas de planificación familiar de la RPM	Cuarto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.	Brindar información a usuarios sobre la RIAMP y planificación familiar	Educación a usuarios sobre la RIAMP y planificación familiar	Trimestral	Seguimiento a la publicación de piezas audiovisuales	Aumento progresivo de usuarios que ingresan a la RIAMP y a programas de Planificación Familiar	Aceptabilidad Continuidad
4. Verificación de las acciones implementadas	Verificar el nivel de efectividad, eficiencia y eficacia de las acciones implementadas en la etapa anterior	Líder de la RIAMP Líder del área de calidad	10. Revisión y comparación de indicadores previos y posteriores a la implementación de las acciones	Sexto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.	Cumplir con los indicadores	Cumple / No cumple	Semestral	Auditoría interna	Cumplimientos de los hallazgos predispuestos para cada acción	Efectividad Eficiencia Eficacia
5. Ajustar la estrategia implementada de acuerdo a resultados obtenidos	A partir de la verificación de resultados realizar los ajustes necesarios y pertinentes para mejorar las acciones implementadas	Líder de la RIAMP Líder del área de calidad	11. Lluvia de ideas de los actores implicados en la implementación de las acciones	Sexto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia	Participación de todos los actores implicados	Cumple / No cumple	Semestral	Mapas mentales Diagramas de flujo	Recolección de ideas y retroalimentación para mejorar la implementación de las acciones.	Efectividad Eficiencia Eficacia

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

## **FICHAS DE INDICADORES**

A continuación, se presentan las fichas de indicadores con las cuales se busca hacer seguimiento a la estrategia, evidenciar su impacto, y ajustar las acciones de acuerdo a los resultados: (Tablas 7 – Tabla 12)

**Tabla 7. Ficha de indicador. Caracterización de necesidades.**

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP - 01
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Caracterización de necesidades
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACION</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Accesibilidad / Humanización / Satisfacción / Oportunidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de registros ingresados correctamente en la base de datos en el periodo	
<b>DENOMINADOR</b>	Número de total de maternas atendidas en el periodo	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Base de datos	
	<b>DENOMINADOR:</b> Historias clínicas	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b> Datos ingresados de manera errónea o incompleta	
	<b>DENOMINADOR:</b> Maternas que no hayan sido atendidas en el periodo.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad - Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Líder de servicios, Ruta materno perinatal, Comité de Calidad	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 8.** Ficha de indicador. Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones.

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 02
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones.
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Continuidad / Eficacia / Oportunidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas capacitadas	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de personas a capacitar	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Listado de asistencias a capacitación
	<b>DENOMINADOR:</b>	Censo total de colaboradores de la institución
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Personal que no haya sido capacitado
	<b>DENOMINADOR:</b>	Personal no perteneciente a la institución.
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b>	Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b>	Área de Calidad - Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b>	Líder de servicios, Ruta materno perinatal, Comité de Calidad
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 9.** Ficha de indicador. Oportunidad de la consulta preconcepcional.

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 03
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Oportunidad de la consulta preconcepcional.
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	24 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Continuidad / Eficacia	
<b>NUMERADOR</b>	Número total de consultas asignadas de manera oportuna	
<b>DENOMINADOR</b>	Total de consultas asignadas	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	80	
<b>META</b>	80%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Número de citas reportadas como asignadas según sistema de información	
	<b>DENOMINADOR:</b> Número de citas reportadas como asignadas según sistema de información	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b> Número de citas canceladas o insistentes	
	<b>DENOMINADOR:</b> Número de citas canceladas o insistentes	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Sistema de información de la IPS	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad, Líder de ruta. Ambulatorio	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Comité de Calidad - Líder de ruta.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 10.** *Ficha de indicador. Porcentaje de resultados positivos para hCG informados a la RIMPN*

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 04
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de resultados positivos para hCG informados a la RIMPN
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Pertinencia / Oportunidad / Continuidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres con resultados positivos para hCG informados a la ruta	
<b>DENOMINADOR</b>	Número de mujeres con resultados positivos para hCG procesados en el laboratorio	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Sistema de información del laboratorio	
	<b>DENOMINADOR:</b> Sistema de información del laboratorio	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b> Mujeres con resultado negativo para hCG	
	<b>DENOMINADOR:</b> Mujeres a las cuales no le solicitan el examen hCG	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Líder del laboratorio clínico	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad - Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Comité de Calidad, Líder laboratorio clínico y líder Ruta materno perinatal,	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Laboratorio clínico	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 11.** *Ficha de indicador. Oportunidad en la canalización de gestantes.*

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP - 05
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Oportunidad en la canalización de gestantes.
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	24 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Pertinencia / Oportunidad/ Continuidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres en estado de embarazo asignadas a las diferentes RIAS	
<b>DENOMINADOR</b>	Total de consultas asignada	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	80	
<b>META</b>	80%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Número de citas reportadas como asignadas según sistema de información
	<b>DENOMINADOR:</b>	Número de citas reportadas como asignadas según sistema de información
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Número de citas canceladas o insistentes
	<b>DENOMINADOR:</b>	Número de citas canceladas o insistentes
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b>	Sistema de información de la IPS
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b>	Área de Calidad, Líder de ruta. Ambulatorio
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b>	Comité de Calidad - Líder de ruta.
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 12.** Ficha de indicador. Canal de comunicación droguerías y RIAMP

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 06
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Canal de comunicación droguerías y RIAMP
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	24 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Oportunidad / Continuidad / Satisfacción / Accesibilidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres que manifiesten haber recibido la información en la farmacia en la droguería	
<b>DENOMINADOR</b>	Total de mujeres atendidas en el periodo	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	20	
<b>META</b>	20%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Número de reportes de mujeres que manifiesten haber recibido la información en la farmacia en la droguería	
	<b>DENOMINADOR:</b> Número de mujeres atendidas en el periodo	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b> Número de reportes de mujeres que manifiesten no haber recibido la información en la farmacia en la droguería	
	<b>DENOMINADOR:</b> Número de mujeres que no hayan sido atendidas en el periodo	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Encuestas de ingreso a la RIAMP. Sistema de Información de la IPS	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad, Líder de ruta. Ambulatorio	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Comité de Calidad - Líder de ruta.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos ( urgencias u hospitalización)	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 13.** Ficha de indicador. Porcentaje de participación en actualizaciones de RIAMP

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 07
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de participación en actualizaciones de RIAMP
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Satisfacción del usuario / Humanización	
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas participantes	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de personas convocadas	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Listado de asistencias y participación
	<b>DENOMINADOR:</b>	Censo total de colaboradores de la institución
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Personal que no haya sido convocado
	<b>DENOMINADOR:</b>	Personal no perteneciente a la institución.
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad - Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Líder de servicios, Ruta materno perinatal, Comité de Calidad	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Todos los servicios de la institución.	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 14.** Ficha de indicador. Porcentaje de sensibilización al personal en torno a RIAMP

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 08
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de sensibilización al personal en torno a RIAMP
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Satisfacción del usuario / Humanización	
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas participantes	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de personas convocadas	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Listado de asistencias y participación
	<b>DENOMINADOR:</b>	Censo total de colaboradores de la institución
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Personal que no haya sido convocado
	<b>DENOMINADOR:</b>	Personal no perteneciente a la institución.
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b>	Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b>	Área de Calidad - Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b>	Líder de servicios, Ruta materno perinatal, Comité de Calidad
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Todos los servicios de la institución.	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

**Tabla 15.** *Ficha de indicador. Educación a gestantes y sus redes de apoyo*

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	RMP – 09
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Educación a gestantes y sus redes de apoyo
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERISTICA</b>	Aceptabilidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de piezas audiovisuales publicadas durante el periodo	
<b>DENOMINADOR</b>	Número de piezas audiovisuales programadas para publicación durante el periodo	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Listado de piezas publicadas
	<b>DENOMINADOR:</b>	Listado de piezas programadas para publicación
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Piezas que no hayan sido publicadas
	<b>DENOMINADOR:</b>	Piezas no programadas para publicación
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b>	Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b>	área de Calidad - Líder de la Ruta de Atención Materno Perinatal
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b>	Líder de servicios, Ruta materno perinatal, Comité de Calidad
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Todos los servicios de la institución.	

Fuente: *Elaborado por las autoras, abril de 2021*

Se recomienda a las instituciones de salud aplicar esta estrategia de acuerdo a los indicadores que se presenten en cada una de las organizaciones con relación a los ingresos a control prenatal que se evidencian sean tardíos

Es importante que la institución revise y seleccione las acciones de mejora de acuerdo a los servicios que se tengan habilitados, o de acuerdo a las instituciones con las cuales tengan convenios para garantizar la prestación de los servicios.

Se recomienda que esta estrategia sea implementada en cada una de las instituciones de acuerdo a las características de la población asignada a ellas.

## 17. Bibliografía

- (ASBOG), A. B. (s.f.). Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo. Bogotá, Colombia.
- Hoyos, L. Muñoz, L. (2019). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 21 (1): 17-21
- Marrugo, C., Moreno, D., Salcedo, F., Marrugo, V. (2015). Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia *Revista CES Salud Pública*, 6(1), 5-11.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204433>
- Acelas, D., Orostegui, A., & Alarcón, M. (2016). Factores de riesgo para la morbilidad extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 181-188.  
doi:10.4067/S0717-75262016000300003
- Aguilera, S., & Soothil, P. (2014). Control prenatal. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 25(6), 880 - 886.
- Anaya, B. Martinez, L. (2020). Propuesta de intervencion mejora en la calidad del programa control prenatal en la E.S.E. Camu pueblo nuevo. (Tesis posgrado). Universidad de Cordoba. Monteria, Colombia
- Arnedo Carlos, Ruiz Deicy, Mejia Fernando, Arnedo Verena. Determinantes de acceso a la atención prenatal en Colombia, (2015), *Revista Publica* 6:5, 5-7
- Cáceres, F., & Ruiz, M. (2018). Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal, asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1).
- Calderon, Y., López, C., Jamióy, L. (2017). Factores sociales, económicos, educativos, y de la atención en salud asociados a la no adherencia al control prenatal de las gestantes adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la Coemssanar IPS - Pasto (Nariño) 2017. Universidad CES, Medellin, Colombia.

- Castillo, Y. Fortich, L. Padilla, J. Monroy, M. Morales, Y. Ahumada A. (2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev. Cubana de Enfermería*. 33(1)
- Fernández, J.; Navarro, A.; Lara, M.; Rivera, Y. Controles Prenatales: la morbimortalidad materna y perinatal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud del municipio de Pamplona. In: *Cuidado y Ocupación Humana*; Vol. 6 (2017) ; 2322-6781; Universidad de Pamplona
- García, C., (2016) Barreras de acceso y calidad en el control prenatal, *Fav. Med*, 65(2),5
- García, S., Parada, E., Pérez, J., Quiroz, D., Sanjuan, P. (2018). Relación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en adolescentes embarazadas inscritas al programa maternidad segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Bolivar.
- Giraldo, J. Marin, D. Mejia, A. Penagos, R. (2017). Causas de inasistencia de las gestantes a programa de control prenatal, Coomeva Cartago, 2016. (Tesis posgrado). Fundacion Universitaria del Area Andina. Pereira, Colombia
- Herrera, K. Granja, X. Bedoya, J.(2019). Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle. *Rev. archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 38( 4) 401-405
- Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev. Fac. Med*. 2019;67(3):519-23. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69536>.
- Machado, S. Molinares, A. Urzola, L. Valdes, M. (2017). Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatasles en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017. (Tesis pregrado). Universidad de Sucre. Sincelejo, Colombia

- Malagon, Z. (2015). Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia – 2011. (Tesis posgrado). Universidad el Rosario. Bogota D.C., Colombia
- Mamian A, Sanchez R, Moirtalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el regimen subsidiado, 2017, Revista Nacional de Salud publica 2019 (8)
- Martínez, M., Sierra, M. (2019). Factores asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red de salud Ladera IPS Siloé en la ciudad de Cali en el año 2019. (Tesis de pregrado). Universidad Santiago de Cali, Colombia.
- Mayorga, L. Sejin C. Pérez, M., Guzmán, J. (2019). Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Rev Univ Ind Santander Salud. 51(3): 220-227
- Mejía Plata, A. J., Jiménez Rojas, A. P., y Siachoque Uribe, B. S. (2018). Factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al control prenatal en la gestante de un centro de salud de Bucaramanga en el primer semestre de 2018 (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia
- Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Arias Guatibonza, Martha Deyfilia, Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana, Mendoza Tascón, Laura Isabel, Manzano Penagos, Stefania, & Varela Bahena, Ana María. (2015). Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 80(4), 306-315. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>
- Miranda C, Castillo IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Rev Cuid. 2016; 7(2): 1345-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.340>
- Miranda Mellado, Clarybel. (2016). Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 436-451

- Moreno , C. Mesa, N. Pérez, Z. Vargas D. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. *Rev Cuid.* 6(2): 1041-53.
- MSPS. (2006). Decreto 1011 de 2006. Colombia.
- MSPS. (2009). 1er Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud, INCAS Colombia. Colombia.
- MSPS. (2017). 1er Informe Nacional de Calidad en Salud. Colombia.
- MSPS. (2017). Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal. Colombia.
- MSPS. (2018). Resolución 3280 de 2018. Colombia.
- Navarro, C. González, E. Schmidt, J. Meneses, J. Martínez, J. Ramírez, R. (2015;). Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Rev. Nutr Hosp.* 32(3):1091-1098
- Negrete, E.; Zapata, Y. (2017). Características del control prenatal en indígenas Embera Katío de Tierralta Cordoba. Universidad de Cordoba. Colombia
- Niño J, Botero M, Chapela I, Gartner V, Sobezyk R, Reyes J, Garcia V, Rodriguez D. (2019) Situación de salud en gestantes migrantes venezolanas en el caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la universidad Industrial de Santander.* Vol 51(3)215-217
- OMS. (2003). apps.who.int. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf?sequence=1#:~:text=En%20principio%2C%20el%20nuevo%20modelo,de%20riesgo%20\(Figura%201\).](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO_RHR_01.30_spa.pdf?sequence=1#:~:text=En%20principio%2C%20el%20nuevo%20modelo,de%20riesgo%20(Figura%201).)
- OMS. (2005). Informe sobre la salud en el mundo - ¡Cada madre y niño contarán! Ginebra.
- Ortiz-Grisolle K, Garcia-Galezo K, Gómez-Cardona AP, Maestre-Álvarez SJ, Vargas-Guerrero V, Ramos-Navas N, et al. Adherencia a guías de atención de control

- prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena (Colombia). Duazary. 2019 enero; 16(1): 115-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2511>
- Ossa, T., & Pacheco, Y. (2020). Oportunidad en el ingreso de la gestante al programa de control prenatal según la Resolución 3280 de 2018 durante el 2019. (Tesis de posgrado). Universidad de Montería, Colombia.
- Perez, C. Correa, H. Montoya, C. Adherencia a la guía del programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital María Auxiliadora, Municipio de Chigorodó (ANT), Primer semestre -2012. (Tesis posgrado) Universidad CES. Apartado, Colombia.
- Pineda, P. Rivera, N. Perez, L. Duran, C. (2016). Caracterización de Mortalidad materna extrema en Leticia, Amazonas. (Tesis grado). Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia
- Prieto, D. (2016). Bajo control prenatal en maternas atendidas en el Hospital Occidente de Kennedy y deslances del recién nacido en el año 2014. (Tesis posgrado) Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá D.C., Colombia
- Prieto, D. (2017). Tendencias de la oportunidad de accesibilidad en el control prenatal. (Tesis de posgrado). Universidad Santo Tomás. Bogotá.
- Ríos Rivera GP, Calderón Lemus AF, Quintero Naranjo K, Campos Quintero L. Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia Nasa: aportes desde el modelo del sol naciente. RNM [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 21 de febrero de 2021];5(2):5-13. Disponible en: <https://revistas.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/197>
- Rodelo, G., (2018). Factores predisponentes, facilitadores y de necesidad relacionados con el uso adecuado del control prenatal en gestantes de bajo riesgo afiliadas a la EPS Barrios Unidos de Quibdó Seccional Caribe 2015 - 2017. (Tesis de Posgrado). Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

- Ruiz, Y. (2018). Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribe, La Guajira. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.*(2): 21-31.
- Salud, S. D. (2019). Guía técnica de la Gestión de la Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Bogotá.
- Sánchez, H., Toga, G., & Pérez, F. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 45(5), 377 - 380.
- Tatal, L. Rodríguez, V. Buitrón, E. Ortega, D. Zúñiga ,L. Gonzáles, E. Merchancano, C. y Rivera, H. (2019). Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 65(2), 157-162
- Vega, L. (2019). Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. *Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 21(1)

### *Anexo 3. Artículo*

## **ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A MATERNAS A PARTIR DEL ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL INGRESO TARDÍO A CONTROLES PRENATALES EN COLOMBIA**

**Acosta M – Buitrago J – Jiménez E**

El estado de gestación o embarazo es un proceso fisiológico que ocurre en mujeres en edad reproductiva, durante el cual se deben prestar especiales cuidados para asegurar el máximo bienestar en salud tanto de la gestante como del neonato. En ese sentido, se ha establecido el control prenatal como un programa de consultas dirigidas a la gestante, con el fin de prevenir, detectar y tratar en forma temprana las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, parto y puerperio, y que además a nivel internacional y nacional ha sido determinado como servicio esencial que se presta bajo protocolos, guías y lineamientos definidos.

Durante la práctica profesional de las autoras y la revisión de la literatura se ha evidenciado cómo diariamente a las consultas prenatales ingresan gestantes con más de 10 semanas de embarazo y dentro de sus controles, con el paso de las consultas se identifican alteraciones que pueden ser detectadas de manera tardía y así mismo se dará su intervención. La población gestante con ingreso tardío llega con patologías de base sin tratar que durante el control prenatal puede generar complicaciones ocasionando la muerte de la madre como del neonato.

Se realizó un estudio descriptivo a partir de la revisión documental de diferentes fuentes bibliográficas como bases de datos científicos, revistas y trabajos de grado, por medio de los cuales se identificaron los factores asociados al ingreso tardío de maternas a controles prenatales, posteriormente se realizó un análisis y clasificación de acuerdo a los atributos de calidad y factores sociodemográficos y finalmente se formuló una estrategia para favorecer el ingreso oportuno de maternas a controles prenatales en zona rural y urbana.

Como principales resultados se revisaron 37 textos de investigaciones dentro de los cuales se encontraron como principales factores asociados: Factores sociodemográficos, Accesibilidad, Pertinencia, Oportunidad, Continuidad, Satisfacción y Humanización. Por localización geográfica se encontraron investigaciones realizadas en diferentes zonas de Colombia.

La principal idea de discusión indicó que la evidencia de la literatura estudiada indica que los factores asociados al ingreso a control prenatal son múltiples y varían según los determinantes sociales, económicos y culturales. De las 37 investigaciones revisadas 32 de estas refirieron que los principales factores asociados al ingreso tardío fueron: baja escolaridad, baja red de apoyo de la familia de la pareja y bajos ingresos económicos. Así mismo, en menor medida se encontraron también factores como desconocimiento de la fecha de la última menstruación, condiciones personales y edad. De acuerdo a lo evidenciado desde la gerencia de calidad de las instituciones, es importante fortalecer en las organizaciones de salud la implementación de los programas de atención con base a los atributos de calidad ya que por medio de ellos se genera una adecuada atención en salud con énfasis en la eliminación de barreras administrativas y el fortalecimiento de la prestación de servicios de calidad con habilidades de humanización en el personal asistencial y administrativo de las instituciones.

**Palabras claves:** *Control prenatal, factores asociados, ingreso tardío, atributos de calidad, Ruta Integral de Atención Materno – Perinatal, gestante.*

The state of gestation or pregnancy is a physiological process that occurs in women of reproductive age, during which special care must be taken to ensure maximum well-being in the health of both the pregnant woman and the newborn. In this sense, prenatal control has been established as a program of consultations aimed at the pregnant woman, in order to prevent, detect and treat early complications that may arise during pregnancy, childbirth and the puerperium, and also at the level International and national has been determined as an essential service provided under defined protocols, guides and guidelines.

During the professional practice of the authors and the review of the literature, it has been evidenced how daily pregnant women with more than 10 weeks of pregnancy are admitted to prenatal consultations and within their controls, with the passage of consultations alterations that can be detected are identified belatedly and his intervention will also be given. The pregnant population with late admission arrives with untreated base pathologies that during prenatal control can generate complications causing the death of the mother and the neonate.

A descriptive study was carried out based on the documentary review of different bibliographic sources such as scientific databases, journals and undergraduate studies, through which the factors associated with the late admission of mothers to prenatal check-ups were identified. analysis and classification according to the attributes of quality and sociodemographic factors and finally a strategy was formulated to favor the timely admission of mothers to prenatal controls in rural and urban areas.

As main results, 37 research texts were reviewed, among which the main associated factors were found: Sociodemographic factors, Accessibility, Relevance, Opportunity, Continuity, Satisfaction and Humanization. By geographical location, investigations carried out in different areas of Colombia were found.

The main idea for discussion indicated that the evidence from the studied literature indicates that the factors associated with admission to prenatal care are multiple and vary according to social, economic and cultural determinants. Of the 37 researches reviewed, 32 of these reported that the main factors associated with late entry were: low education, low support network of the couple's family and low economic income. Likewise, to a lesser extent factors such as ignorance of the date of the last menstruation, personal conditions and age were also found.

According to the evidence from the quality management of the institutions, it is important to strengthen in health organizations the implementation of care programs based on quality attributes since through them an adequate health care is generated with emphasis on the elimination of administrative barriers and the strengthening of the provision of quality services with humanization skills in the care and administrative personnel of the institutions.

Keywords: Prenatal control, associated factors, late admission, quality attributes, Comprehensive Maternal - Perinatal Care Route, pregnant woman.

## Introducción

El estado de gestación o embarazo es un proceso fisiológico que ocurre en mujeres en edad reproductiva, durante el cual se deben prestar especiales cuidados para asegurar el máximo bienestar en salud tanto de la gestante como del neonato. En ese sentido, se ha establecido el control prenatal como un programa de consultas dirigidas a la gestante, con el fin de prevenir, detectar y tratar en forma temprana las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, parto y puerperio, y que además a nivel internacional y nacional ha sido determinado como servicio esencial que se presta bajo protocolos, guías y lineamientos definidos (OMS, 2016). No obstante, a pesar de que la atención prenatal es considerada una prioridad, diversos estudios han identificado factores asociados al ingreso tardío de las gestantes a los controles prenatales, lo cual representa riesgos en la salud y calidad de vida de los implicados.

Actualmente en Colombia una parte importante de Políticas Públicas y las estrategias de salud están establecidas por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que se creó con el fin de ayudar a garantizar el acceso al sistema de salud de la población. Esta política PAIS cuenta con un marco estratégico, inicialmente denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual se creó basado en el aseguramiento y prestación de servicios de salud con enfoque en la diversidad étnica y cultural, la Atención Primaria en Salud (APS), la familia, la comunidad, etc. haciendo énfasis en los procesos que garanticen el acceso efectivo de la población a los servicios de salud (MSPS, 2016). No obstante, en el año 2019 el MIAS se modificó bajo la Resolución 2626 de 2019, transformándose en el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), cuyo principal objetivo es ser un esquema intersectorial donde los gobiernos nacional, Departamental y Municipales-, serán actores que promoverán el abordaje articulado de las problemáticas que inciden en salud, siendo entonces el

Departamento o Distrito los encargados de identificar prioridades y establecer acciones que se realizan a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, con el acompañamiento y facilitación del Ministerio de Salud. (MSPS, 2019)

Así mismo, en el marco conceptual colombiano la Resolución 3280 de 2018 crea las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), así como también crea la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP) la cual indica que, para el pertinente desarrollo de la Calidad de la atención en Salud en relación con la atención prenatal, es importante brindar una atención de manera oportuna garantizando la detección y captación de la gestante, posterior al primer cese de la última menstruación y antes de la semana número diez.

Para la adecuada prestación del servicio, los aseguradores y prestadores de salud en el país deberán garantizar de acuerdo con el riesgo identificado, la atención que debe tener la gestante, la cual debe ser en el mismo prestador primario y se debe facilitar una localización cerca de su lugar de residencia, cumpliendo con las frecuencias y los momentos de atención.

Se debe asegurar de igual manera los mecanismos para su vinculación temprana a estas consultas de control prenatal, actividad que corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), y que contempla acciones como la reorientación inmediata hacia la Atención para el cuidado prenatal cuando se presenten alguna(s) de la(s) siguiente(s) situación(es): Inasistencia a las consultas para el cuidado prenatal, resultados de laboratorios o ultrasonografías anormales, hospitalización y/o consultas de urgencias.

Por otra parte, la humanización de la atención es un eje importante en lo que respecta a la atención a gestantes, entendiendo la humanización como un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud. Es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los

profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social. (ICONTEC, 2016)

En el marco normativo se toma como base la Constitución Política de Colombia la cual establece en el artículo 43 que la mujer gestante durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado. Con el fin de dar cumplimiento a esta directriz se han generado normas tales como: Resolución 3280 de 2018, Decreto 1011 de 2016, Resolución 429 de 2016, Ley 1438 de 2011. Artículo 2, Resolución 518 de 2015, Resolución 1709 de 2014, Plan Distrital de Desarrollo (2016 - 2020), Circular Conjunta Externa N° 005 de 2012.

Durante la práctica profesional de las autoras se ha evidenciado cómo diariamente a las consultas prenatales ingresan gestantes con más de 10 semanas de embarazo y dentro de sus controles, con el paso de las consultas se identifican alteraciones que pueden ser detectadas de manera tardía y así mismo se dará su intervención. La población gestante con ingreso tardío llega con patologías de base sin tratar que durante el control prenatal puede generar complicaciones ocasionando la muerte de la madre como del neonato.

En una investigación realizada durante los años 2014 y 2015 la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia concluyó que el nivel de estrato social influyó en el ingreso tardío ya que las gestantes de los estratos 1, 2 y 3 fueron las que más incidencia de ingreso tardío tuvieron con una prevalencia igual al 37.5% (Cáceres & Ruiz, 2015). Por otra parte, se encontró también una asociación entre el inicio tardío y el nivel

socioeconómico bajo, falta de afiliación social, baja escolaridad, edad de 18 a 24 años.

De acuerdo con lo anterior, es preciso mencionar que es posible que las estrategias aplicadas en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP), no estén siendo completamente eficaces, pues una cantidad considerable de gestantes, está ingresando de manera tardía a los controles prenatales, implicando debilidades en el cumplimiento de atributos de la calidad tales como Oportunidad, Continuidad y Accesibilidad.

De acuerdo a lo anterior y como lo evidenció un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga, Santander, en los años 2015 y 2016 en el cual se concluyó que factores tales como la edad, baja escolaridad, desempleo, estrato socioeconómico bajo, primer embarazo, tener pareja estable, olvido del último ciclo de menstrual, no afiliación a EAPB en salud, tener afiliación a Regímenes Especiales e inasistencias a programas de planificación familiar y consulta preconcepcional influyen en el ingreso tardío a control prenatal. (Cáceres & Ruiz, 2015)

Por lo anteriormente descrito se propone diseñar una estrategia de atención a maternas a partir de la evidencia documentada acerca de factores asociados al ingreso tardío a controles prenatales contribuyendo en la mejora de la calidad de la atención.

### **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo a partir de la revisión documental de diferentes fuentes bibliográficas como bases de datos científicos como Scielo, Redalyc, Pubmed, ProQuest, Science Direct, revistas y trabajos de grado de pregrado y posgrado desde el año 2015 al 2021, llevados a cabo en las 5 regiones de

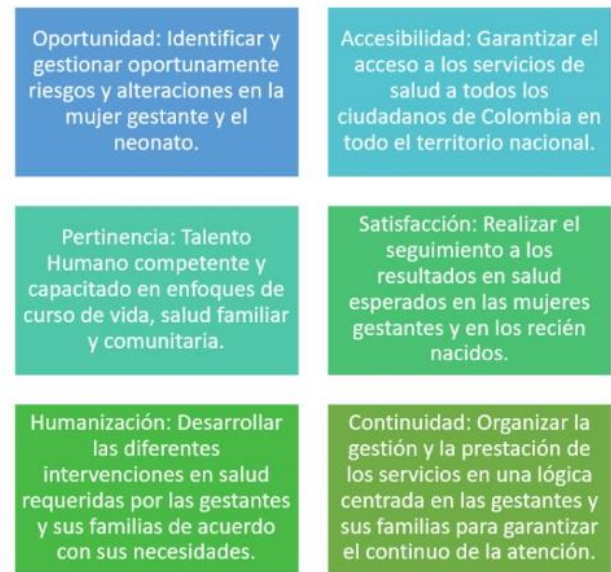
Colombia (Caribe, Pacífico, Andina, Orinoquia, y Amazonas) teniendo en cuenta las diferencias entre la zona urbana y zona rural que incluyeran datos de la atención del control prenatal, su importancia y la identificación de riesgos obstétricos., por medio de los cuales se identificaron los factores asociados al ingreso tardío de maternas a controles prenatales, posteriormente se realizó un análisis y clasificación de acuerdo a los atributos de calidad y factores sociodemográficos, y finalmente se formuló una estrategia para favorecer el ingreso oportuno de maternas a controles prenatales en las diferentes zonas del país.

Durante la investigación inicialmente se realizó la caracterización de la RIAMP del año 2018 a través de una revisión de literatura donde se documentó por medio de un mapa mental la identificación, implementación, objetivo, y alcance de la misma. A partir de ellos se identificaron los factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales en Colombia desde los atributos de calidad, a través de revisión de literatura por medio de bases de datos bibliográficos. A partir de esta investigación se realizó el análisis de los factores asociados al ingreso tardío de gestantes a controles prenatales evidenciados en la literatura, por medio de Diagramas de Ishikawa. Con la información obtenida se propuso una hoja de ruta orientada al diseño de una estrategia para la atención oportuna a maternas, dando recomendaciones para su implementación.

### Resultados

Como resultado de la caracterización, con base en la política de PAIS y en la Resolución 3280 de 2018, se define RIAMP indicando el proceso desde antes de la concepción del embarazo hasta la culminación del mismo. A continuación (Figura 1), se presentan los principales objetivos de la ruta en relación con los estándares de calidad seleccionados para el presente trabajo.

Figura 1. Caracterización atributos de la calidad.



Fuente: Elaborado por las autoras, abril de 2021.

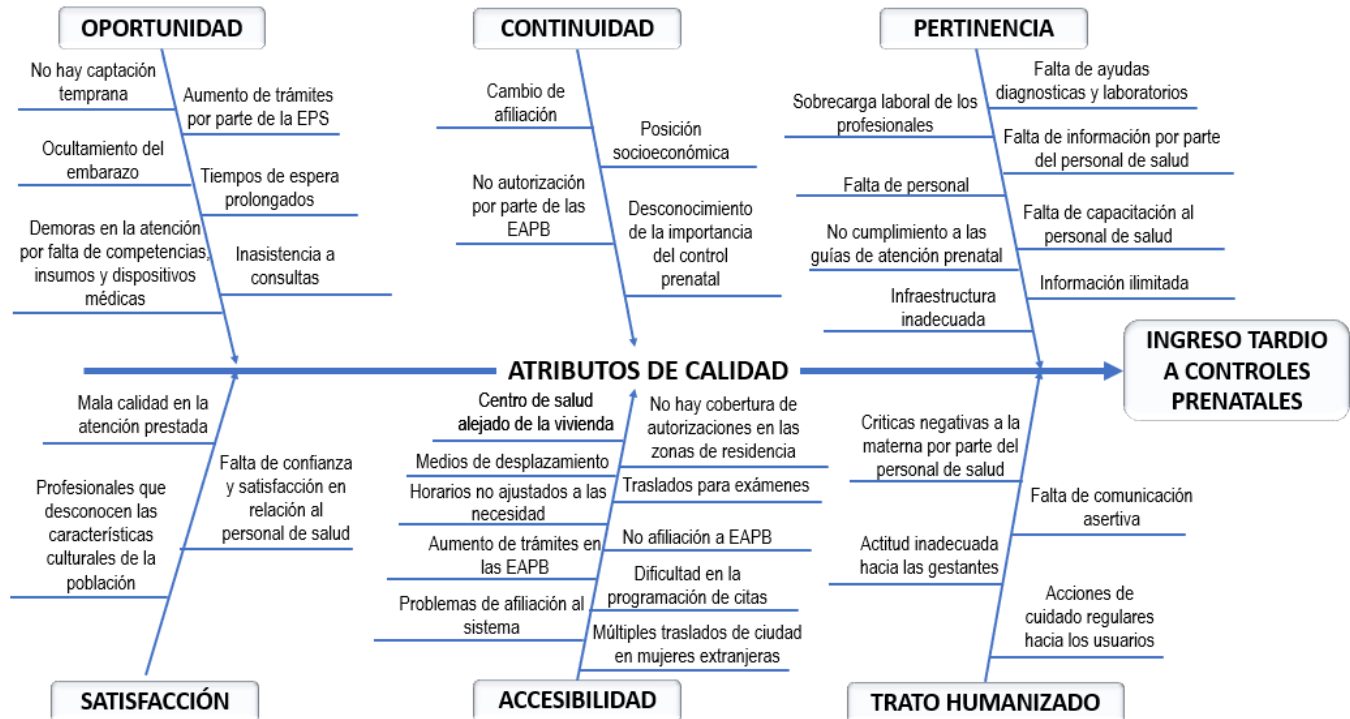
Como resultado de la identificación de factores asociados al ingreso tardío se revisaron 37 textos de investigación de acuerdo a los criterios de búsqueda citados en el capítulo de materiales y métodos. Por localización geográfica se encontraron investigaciones realizadas en diferentes zonas de Colombia, en cada una de las 5 regiones. Como tipos de literatura se encontraron en su mayoría artículos de investigación, seguido de tesis de posgrado y menor cantidad de tesis de pregrado. Los años de publicación van del 2015 al 2020, el año en el que más literatura se logra encontrar es en el año 2019, posterior a la publicación de la RIAMP. Se encontraron mayor cantidad de investigaciones tipo descriptivo y menor cantidad tipo analítico. Los principales temas de estudio estuvieron asociados a con algunos atributos de calidad tales como Accesibilidad, Oportunidad, Satisfacción y Pertinencia; así mismo se encontraron temáticas asociadas a la adherencia a control prenatal, mortalidad materna, y caracterizaciones de poblaciones específicas.

Posteriormente en el análisis de la información obtenida en la investigación se evidenció que de los 37 artículos revisados se logran identificar varios factores asociados al ingreso tardío los cuales fueron en primera instancia relacionados con los atributos de calidad, es importante mencionar que en la población gestante los atributos de calidad permiten identificar el cumplimiento de elementos básicos de atención de acuerdo a las necesidades y los estándares de atención requeridos. De acuerdo a ello se encuentra que todos los atributos influyen en la atención a maternas, sin embargo, cabe resaltar que el atributo de Accesibilidad es el que tiene mayor influencia, pues en la literatura revisada se evidenció que condiciones tales como cobertura, horarios, trámites, afiliación, traslado al centro de salud, entre otras, son factores que contribuyen a la inasistencia oportuna a controles prenatales. Figura 2.

Así mismo, factores asociados al atributo de Pertinencia tienen gran influencia en el acceso tardío, pues en la literatura revisada se identificaron factores como sobrecarga del personal, falta de capacitación, falta de conocimiento de guías de atención, y falta de ayudas diagnósticas y laboratorios, entre otras, influyen en la no asistencia o baja adherencia a controles prenatales.

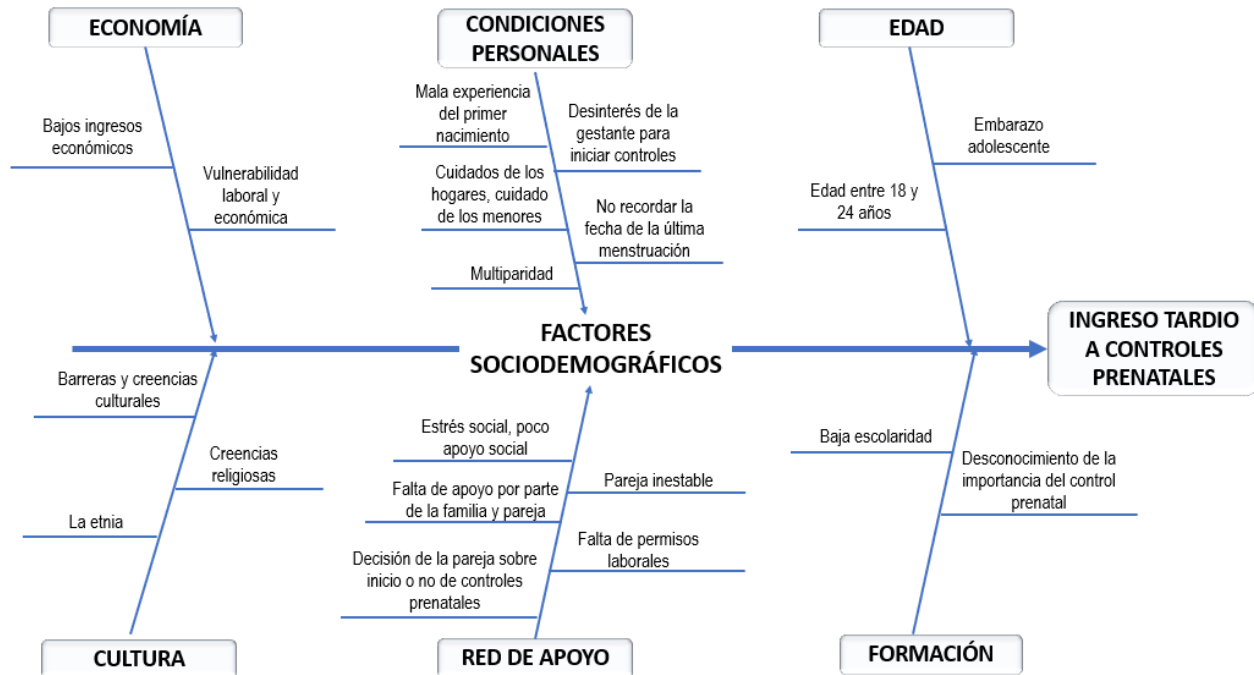
En segunda instancia se analizó que los factores sociodemográficos de la población tienen una gran influencia en la asistencia oportuna a controles prenatales. En la Figura 3 se describen los principales elementos encontrados que influyen de manera directa en la toma de decisiones de las gestantes.

Figura 2. Diagrama de Ishikawa: Factores de ingreso tardío asociados a los atributos de calidad.



Fuente: Elaborado por las autoras, abril de 2021.

Figura 3. Diagrama de Ishikawa: Factores de ingreso tardío asociados a factores sociodemográficos.



Fuente: Elaborado por las autoras, abril de 2021.

Se identifican principalmente condiciones personales y de la red de apoyo de las mujeres, que generan barreras y limitaciones para acceder de manera oportuna a los servicios, y según la literatura, en ocasiones a pesar del conocimiento de la importancia de los controles en las madres, estos factores sociodemográficos impiden su adherencia a los programas, lo cual en un país como Colombia es de gran relevancia considerando su alta variabilidad cultural y social.

### Discusión

La evidencia de la literatura estudiada indica que los factores asociados al ingreso a control prenatal son múltiples y varían según los determinantes sociales, económicos y culturales. Las diferentes investigaciones estudiadas indican que los factores sociodemográficos eran los más frecuentes asociados al ingreso tardío. Lo cual permite evidenciar que se da un cumplimiento limitado a lo indicado en la Resolución 276 del 2019, según la cual se debe

garantizar el acceso a los servicios en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y dispersos.

Principalmente se evidencia que estas barreras son más frecuentes en las zonas de ruralidad de las regiones del caribe y amazonia por su número de población apartada, así mismo se evidenció que esta población es más susceptible a verse afectada por estos factores sociodemográficos debido a sus creencias y su cultura, ya que la mayoría de población en estas regiones son indígenas (Comunidades Wayuu y Embera Katio). De las 37 investigaciones revisadas 32 de estas refirieron que los principales factores asociados al ingreso tardío fueron: baja escolaridad, baja red de apoyo de la familia de la pareja y bajos ingresos económicos. Así mismo, en menor medida se encontraron también factores como desconocimiento de la fecha de la última menstruación, condiciones personales y edad.

Algunos de estos factores sociodemográficos se encuentran fuera del control de las instituciones de salud en Colombia y dependen de agentes externos, que están más asociados a planes de intervención social, por lo tanto, no se consideran prioritarios para intervención por parte de la RIAMP. Sin embargo, esta falta de intervención afecta de manera directa a la población materna ya que los ingresos tardíos a control prenatal impiden que se detecte de manera oportuna complicaciones que puedan ser tratadas de manera oportuna, evitando así muerte del binomio, materna o muerte fetal, desencadenando un fuerte impacto a nivel de salud pública. Estos sucesos también pueden afectar los procesos que son desarrollados e implementados en las instituciones generando que se replanteen estrategias para mitigar estos eventos.

En relación a los atributos de calidad se evidencia que las principales barreras de acceso en lo que corresponde a Oportunidad son: aumento de trámites por parte de la EPS, inasistencias a las consultas, tiempos de espera prolongado en las atenciones. Con relación al atributo de Continuidad se evidencia que los factores más comunes fueron: cambios de afiliación, falta de autorización por parte de la EAPB. Respecto a la Pertinencia se evidencia que los factores más comunes son: baja adherencia a las guías de control prenatal, falta de información por parte del personal de salud, falta de ayudas diagnósticas de laboratorio y fallas en la infraestructura de las instituciones. En cuanto al atributo de Satisfacción se encuentra falta de confianza y satisfacción en relación al personal de salud y actitud inadecuada por parte del personal, actitud inadecuada hacia las usuarias, comentarios negativos por parte del personal sanitario y falta de comunicación asertiva. En lo relativo con Accesibilidad se identifica que se presenta con más frecuencia los problemas de afiliación, dificultad para el acceso a los centros de salud para programar atenciones, horarios no ajustados

a la necesidad del usuario y traslados a otras ciudades.

Según lo establecido en la Resolución 3280 del 2018 se debe garantizar la prestación de atenciones/intervenciones con los mecanismos de abordaje de las poblaciones, de acuerdo con sus particularidades y las de los territorios que habitan, con el fin de garantizar los objetivos y resultados esperados definidos en éstas, en el marco de los atributos de calidad de la atención en salud. De cara a lo anterior se evidencia que las falencias en los atributos de calidad mencionados generan limitaciones en la atención a la población materna al no dar cumplimiento a los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud tales como Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Diagnóstico, y Tratamiento.

Por lo tanto, es importante fortalecer acciones en las instituciones de salud que permitan dar cumplimiento a los atributos de calidad, de manera que se garantice atención con calidad a la población materna, en factores que están bajo el control de personal de salud de acuerdo a los lineamientos establecidos de las RIAMP.

### **Conclusiones y recomendaciones**

En conclusión, en la literatura consultada principalmente se abordaron factores sociodemográficos y asociados al ingreso tardío y/o baja adherencia a los controles prenatales, por lo tanto, las conclusiones y recomendaciones generadas están orientadas hacia la necesidad de implementar acciones que fortalezcan la calidad en salud a partir de los atributos que se vieron afectados en mayor medida durante la investigación. Las principales causas que se asociaron al ingreso tardío en la revisión de literatura fueron las relacionadas a factores sociodemográficos, siendo este factor el más frecuente en las investigaciones consultadas.

En relación con los atributos de calidad, se evidenció que el atributo que predominó en factores asociados que influyen en el ingreso tardío es la Accesibilidad, seguido del atributo

de Pertinencia y Oportunidad. Por su parte los atributos de Continuidad, Satisfacción y Humanización tuvieron menor cantidad de reporte en las investigaciones.

Dentro de los factores asociados al atributo de Accesibilidad una situación comúnmente mencionada en la literatura consultada fue la no afiliación a las EAPB, así como problemas en la afiliación y aumento de trámites para acceder a los servicios, lo que lleva a concluir que no se están realizando las acciones suficientes para garantizar la afiliación y acceso a los servicios en salud del binomio madre – hijo.

En la literatura consultada se evidenciaron factores similares de ingreso tardío a controles prenatales tanto en el casco urbano como rural de Colombia, no se evidenció una diferencia que impacte, ya que, si bien en la zona rural se evidencian dificultades de accesibilidad por su demografía, en la zona urbana se evidencian barreras de afiliación o administrativas, pero en general los factores que tienen mayor incidencia en ambas áreas son los factores sociodemográficos.

Durante la revisión de literatura se evidenció la importancia en la empatía, humanización y comunicación asertiva de los trabajadores de salud hacia las maternas para generar adherencia al control prenatal, lo cual es vital y determina la percepción de calidad de la atención.

Las principales razones por las que las adolescentes tienen inadecuados controles prenatales pueden estar relacionadas con: crítica negativa por parte del profesional de salud, el contexto comunitario en el que se desarrolló el embarazo, temor a que sus decisiones y conductas sean juzgadas y la disfuncionalidad familiar.

De acuerdo a lo evidenciado desde la gerencia de calidad de las instituciones, es importante fortalecer en las organizaciones de salud la implementación de los programas de atención con base a los atributos de calidad ya que por medio de ellos se genera una adecuada atención

en salud con énfasis en la eliminación de barreras administrativas y el fortalecimiento de la prestación de servicios de calidad con habilidades de humanización en el personal asistencial y administrativo de las instituciones.

Con lo anteriormente mencionado la recomendación es proponer una hoja de ruta orientada al diseño de una estrategia para la atención oportuna a maternas, con el objetivo de fortalecer en las organizaciones de salud la implementación efectiva de los atributos de calidad en la prestación de los servicios, de manera que el talento humano en salud este en capacidad de brindar orientación a las gestantes y futuras gestantes, en cuanto al acceso a los servicios que están establecidos bajo la Constitución Política de Colombia, el MSPS y la RIAMP.

Teniendo en cuenta el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) se propone que la presente estrategia sea aplicada en cuatro fases, en las cuales la institución pueda realizar una caracterización de las necesidades y de acuerdo a ello implementar la estrategia y verificar los resultados obtenidos, generando así al final del ciclo los ajustes necesarios para su mantenimiento.

A continuación, en la Matriz 5W1H (Tabla 1), se presentan las acciones propuestas para implementar la estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención, en la cual se proponen cuatro actividades principales que buscan el fortalecimiento del ingreso oportuno de gestantes y futuras gestantes, y se dividen en tres etapas que dan respuesta a los atributos de calidad más afectados.

Es importante aclarar que para la implementación de la estrategia cada institución debe adaptar las acciones propuestas, de acuerdo con las necesidades de la población, y las condiciones sociales y culturales de cada zona, sea rural o urbana.

Tabla 1. Matriz 5W1H. Estrategia de atención a maternas dirigida al fortalecimiento de programas de promoción y prevención.

ETAPA	QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE
1. Caracterización necesidades de la población	Identificar los principales atributos de calidad que se ven afectados en el ingreso a los controles prenatales a partir de la caracterización de necesidades de la población	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.	1. Diseño e implementación de una base de datos materno perinatal.	Primer mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.
2. Identificación y captación de la gestante en las diferentes puertas de entrada	Fortalecer la consulta preconcepcional en las instituciones de salud.	Líder de la Ruta de Promoción y m Mantenimiento y su equipo adscrito y capacitado en ella.	2. A través de un proceso de capacitación continuada que permita fortalecer las competencias de los colaboradores para realización de dicha consulta. 3. Aumentar la oportunidad de consultas de atención preconcepcional de acuerdo a la población asignada a la institución	Segundo mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia  Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)
	Fortalecer la articulación entre el servicio de laboratorio clínico y la RIAMP.	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.  Líder de laboratorio clínico.	4. Implementar un canal de comunicación entre el servicio de laboratorio y la RIAMP para escalar los resultados positivos de gonadotropina coriónica con el fin de integrar a la gestante de manera inmediata al programa de control prenatal.	Segundo mes	Laboratorio clínico de la organización.
	Fortalecer la articulación entre la RIAMP y las demás rutas establecidas por la Resolución 3280 del 2018	Líderes de las respectivas rutas de atención.	5. Canalizar de manera inmediata a las mujeres en estado de embarazo que se encuentre adscrita a alguna de las rutas integrales de atención hacia la RIAMP. Lo anterior efectuando una entrega de su estado de salud y reporte de los tratamientos realizados.	Segundo mes	Institución pública privada donde se implemente la estrategia  Todas las áreas o servicios de la organización que tengan relación directa con las rutas integrales de atención.

	Articulación de las unidades de atención con las farmacias o droguerías aledañas en zonas rurales de Colombia	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.  Personas encargadas de las farmacias o droguerías	6. Implementar un canal de comunicación entre la RIAMP y las farmacias o droguerías aledañas a las unidades de atención, con el fin de informar a las mujeres que adquieran pruebas de embarazo caseras acerca de la RIAMP en la institución de salud. Información en la cual se indique que: - En caso de tener una prueba positiva puede ser vinculada al programa de control prenatal- -En caso de tener una prueba negativa puede ser vinculada al programa de planificación familiar.	Segundo mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia (en zona rural)  Droguerías o farmacias aledañas a la institución. (en zona rural)
3. Educación y humanización TH/gestante y sus redes de apoyo	Fortalecer la educación y humanización al personal con relación a la RIAMP	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.  Área de talento humano (humanización).	7. Fortalecimiento de los conceptos relacionados a la RIAMP por medio de actividades (juego de roles) simulando situaciones cotidianas donde mujeres en estado de gestación ingresan a los servicios en busca de orientación  8. Implementación de actividades de sensibilización al personal de salud	Cuarto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.  Todas las áreas o servicios de la organización.
	Fortalecer la educación a las gestantes y sus redes de apoyo con relación a la RIAMP	Líder de la RIAMP y su equipo adscrito y capacitado en ella.	9. Divulgación audiovisual de información relacionada con la RIAMP, y a los programas de planificación familiar de la RPM	Cuarto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.
4. Verificación de las acciones implementadas	Verificar el nivel de efectividad, eficiencia y eficacia de las acciones implementadas en la etapa anterior	Líder de la RIAMP Líder del área de calidad	10. Revisión y comparación de indicadores previos y posteriores a la implementación de las acciones	Sexto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia.
5. Ajustar la estrategia implementada de acuerdo a resultados obtenidos	A partir de la verificación de resultados realizar los ajustes necesarios y pertinentes para mejorar las acciones implementadas	Líder de la RIAMP Líder del área de calidad	11. Lluvia de ideas de los actores implicados en la implementación de las acciones	Sexto mes	Institución pública o privada donde se implemente la estrategia

Fuente: Elaboración de las autoras, abril 2021

A modo de ejemplo se presentan a continuación 2 fichas de indicador correspondientes a dos actividades diseñadas en la estrategia (Tabla 2,3):

**Tabla 2.** Ficha de indicador capacitación al personal

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	<b>RMP - 02</b>
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de cumplimiento de capacitaciones.
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Continuidad / Eficacia / Oportunidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de personas capacitadas	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de personas a capacitar	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Listado de asistencias a capacitación	
	<b>DENOMINADOR:</b> Censo total de colaboradores de la institución	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b> Personal que no haya sido capacitado	
	<b>DENOMINADOR:</b> Personal no perteneciente a la institución.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Líder de la RIAMP.	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad - Líder de la RIAMP.	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Líder de servicios, RIAMP, Comité de Calidad	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Servicios ambulatorios. Servicios Obstétricos (urgencias u hospitalización)	

Fuente: Elaboración de las autoras, abril 2021

<b>IPS</b>	<b>CODIGO DEL INDICADOR</b>	<b>RMP - 04</b>
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de resultados positivos para gonadotropina coriónica humana informados a la RIAMP
	<b>APROBADO POR</b>	Dirección de Calidad
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN</b>	21 abril 2021
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Pertinencia / Oportunidad / Continuidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de mujeres con resultados positivos para gonadotropina coriónica humana informados a la ruta	
<b>DENOMINADOR</b>	Número de mujeres con resultados positivos para gonadotropina coriónica humana procesados en el laboratorio	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Relación Porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FORMULA DEL CALCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Sistema de información del laboratorio	
	<b>DENOMINADOR:</b> Sistema de información del laboratorio	
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b> Mujeres con resultado negativo para gonadotropina coriónica humana	
	<b>DENOMINADOR:</b> Mujeres a las cuales no le solicitan el examen gonadotropina coriónica humana	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Líder del laboratorio clínico	
	<b>DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Calidad - Líder de la RIAMP	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Comité de Calidad, Líder laboratorio clínico y líder RIAMP	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	TRIMESTRAL	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Laboratorio clínico	

Fuente: Elaboración de las autoras, abril 2021

**Tabla 3.** Ficha de indicador canal de comunicación laboratorio y RIAMP

## Bibliografía

- (ASBOG), A. B. (s.f.). Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo. Bogotá, Colombia.
- Hoyos, L. Muñoz, L. (2019). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 21 (1): 17-21
- Marrugo, C., Moreno, D., Salcedo, F., Marrugo, V. (2015). Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia *Revista CES Salud Pública*, 6(1), 5-11.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204433>
- Acelas, D., Orostegui, A., & Alarcón, M. (2016). Factores de riesgo para la morbilidad extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), 181-188. doi:10.4067/S0717-75262016000300003
- Aguilera, S., & Soothil, P. (2014). Control prenatal. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 25(6), 880 - 886.
- Anaya, B. Martinez, L. (2020). Propuesta de intervencion mejora en la calidad del programa control prenatal en la E.S.E. Camu pueblo nuevo. (Tesis posgrado). Universidad de Cordoba. Monteria, Colombia
- Arnedo Carlos, Ruiz Deicy, Mejia Fernando, Arnedo Verena. Determinantes de acceso a la atención prenatal en Colombia, (2015), *Revist Publica* 6:5, 5-7
- Cáceres, F., & Ruiz, M. (2018). Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal, asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1).
- Calderon, Y., López, C., Jamiyo, L. (2017). Factores sociales, económicos, educativos, y de la atención en salud asociados a la no adherencia al control prenatal de las gestantes adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la Coomssanar IPS - Pasto (Nariño) 2017. Universidad CES, Medellín, Colombia.
- Castillo, Y. Fortich, L. Padilla, J. Monroy, M. Morales, Y. Ahumada A. (2017). Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev. Cubana de Enfermería*. 33(1)
- Fernández, J.; Navarro, A.; Lara, M.; Rivera, Y. Controles Prenatales: la morbimortalidad materna y perinatal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud del municipio de Pamplona. In: *Cuidado y Ocupación Humana*; Vol. 6 (2017) ; 2322-6781; Universidad de Pamplona
- García, C., (2016) Barreras de acceso y calidad en el control prenatal, *Fav. Med*, 65(2),5
- García, S., Parada, E., Pérez, J., Quiroz, D., Sanjuan, P. (2018). Relación entre funcionalidad familiar y asistencia al control prenatal en adolescentes embarazadas inscritas al programa maternidad

- segura de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias. (Tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Bolívar.
- Giraldo, J. Marin, D. Mejia, A. Penagos, R. (2017). Causas de inasistencia de las gestantes a programa de control prenatal, Coomeva Cartago, 2016. (Tesis posgrado). Fundacion Universitaria del Area Andina. Pereira, Colombia
- Herrera, K. Granja, X. Bedoya, J.(2019). Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle. Rev. archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 38( 4) 401-405
- Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. Rev. Fac. Med. 2019;67(3):519-23. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69536>.
- Machado, S. Molinares, A. Urzola, L. Valdes, M. (2017). Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017. (Tesis pregrado). Universidad de Sucre. Sincelejo, Colombia
- Malagon, Z. (2015). Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia – 2011. (Tesis posgrado). Universidad el Rosario. Bogota D.C., Colombia
- Mamian A, Sanchez R, Moirtalidad materna en el departamento de Cauca, un estudio en el regimen subsidiado, 2017, Revista Nacional de Salud publica 2019 (8)
- Martínez, M., Sierra, M. (2019). Factores asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red de salud Ladera IPS Siloé en la ciudad de Cali en el año 2019. (Tesis de pregrado). Universidad Santiago de Cali, Colombia.
- Mayorga, L. Sejin C. Pérez, M., Guzmán, J. (2019). Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Rev Univ Ind Santander Salud. 51(3): 220-227
- Mejía Plata, A. J., Jiménez Rojas, A. P., y Siachoque Uribe, B. S. (2018). Factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al control prenatal en la gestante de un centro de salud de Bucaramanga en el primer semestre de 2018 (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia
- Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Arias Guatibonza, Martha Deyfilia, Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana, Mendoza Tascón, Laura Isabel, Manzano Penagos, Stefania, & Varela Bahena, Ana María. (2015). Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 80(4), 306-315.

- <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000400005>
- Miranda C, Castillo IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1345-51. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidart.e.v7i2.340>
- Miranda Mellado, Clarybel. (2016). Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2016; 32 (3): 436-451
- Moreno , C. Mesa, N. Pérez, Z. Vargas D. (2015). Convertirse en madre durante la adolescencia: activación del rol materno en el control prenatal. *Rev Cuid.* 6(2): 1041-53.
- MSPS. (2006). Decreto 1011 de 2006. Colombia.
- MSPS. (2009). 1er Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud, INCAS Colombia. Colombia.
- MSPS. (2017). 1er Informe Nacional de Calidad en Salud. Colombia.
- MSPS. (2017). Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal. Colombia.
- MSPS. (2018). Resolución 3280 de 2018. Colombia.
- Navarro, C. González, E. Schmidt, J. Meneses, J. Martínez, J. Ramírez, R. (2015;). Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Rev. Nutr Hosp.* 32(3):1091-1098
- Negrete, E.; Zapata, Y. (2017). Características del control prenatal en indígenas Embera Katío de Tierralta Cordoba. Universidad de Cordoba. Colombia
- Niño J, Botero M, Chapela I, Gartner V, Sobezyk R, Reyes J, Garcia V, Rodriguez D. (2019) Situación de salud en gestantes migrantes venezolanas en el caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la universidad Industrial de Santander. Vol* 51(3)215-217
- OMS. (2003). [apps.who.int](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO_RHR_01.30_spa.pdf?sequence=1#:~:text=En%20principio%2C%20el%20nuevo%20modelo,de%20riesgo%20(Figura%201)). Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf?sequence=1#:~:text=En%20principio%2C%20el%20nuevo%20modelo,de%20riesgo%20\(Figura%201\)](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO_RHR_01.30_spa.pdf?sequence=1#:~:text=En%20principio%2C%20el%20nuevo%20modelo,de%20riesgo%20(Figura%201)).
- OMS. (2005). Informe sobre la salud en el mundo - ¡Cada madre y niño contarán! Ginebra.
- Ortiz-Grisolle K, Garcia-Galezo K, Gómez-Cardona AP, Maestre-Álvarez SJ, Vargas-Guerrero V, Ramos-Navas N, et al. Adherencia a guías de atención de control prenatal en red pública de subregión norte, departamento del Magdalena (Colombia). *Duazary.* 2019 enero; 16(1): 115-127. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2511>
- Ossa, T., & Pacheco, Y. (2020). Oportunidad en el ingreso de la gestante al programa de control prenatal según la Resolución 3280

- de 2018 durante el 2019. (Tesis de posgrado). Universidad de Montería, Colombia.
- Perez, C. Correa, H. Montoya, C. Adherencia a la guía del programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital María Auxiliadora, Municipio de Chigorodó (ANT), Primer semestre -2012. (Tesis posgrado) Universidad CES. Apartado, Colombia.
- Pineda, P. Rivera, N. Perez, L. Duran, C. (2016). Caracterización de Mortalidad materna extrema en Leticia, Amazonas. (Tesis grado). Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia
- Prieto, D. (2016). Bajo control prenatal en maternas atendidas en el Hospital Occidente de Kennedy y deslances del recién nacido en el año 2014. (Tesis posgrado) Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá D.C., Colombia
- Prieto, D. (2017). Tendencias de la oportunidad de accesibilidad en el control prenatal. (Tesis de posgrado). Universidad Santo Tomás. Bogotá.
- Ríos Rivera GP, Calderón Lemus AF, Quintero Naranjo K, Campos Quintero L. Una mirada al cuidado de la gestante, cultura de la etnia Nasa: aportes desde el modelo del sol naciente. RNM [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 21 de febrero de 2021];5(2):5-13. Disponible en: <https://revistas.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/197>
- Rodelo, G., (2018). Factores predisponentes, facilitadores y de necesidad relacionados con el uso adecuado del control prenatal en gestantes de bajo riesgo afiliadas a la EPS Barrios Unidos de Quibdó Seccional Caribe 2015 - 2017. (Tesis de Posgrado). Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.
- Ruiz, Y. (2018). Barreras de acceso a las indígenas wayuu gestantes para acceder a controles prenatales antes de las doce semanas de gestación en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de Uribe, La Guajira. Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.(2): 21-31.
- Salud, S. D. (2019). Guía técnica de la Gestión de la Salud Pública y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Bogotá.
- Sánchez, H., Toga, G., & Pérez, F. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social, 45(5), 377 - 380.
- Tatal, L. Rodríguez, V. Buitrón, E. Ortega, D. Zúñiga, L. Gonzáles, E. Merchancano, C. y Rivera, H. (2019). Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev Peru Ginecol Obstet, 65(2), 157-162
- Vega, L. (2019). Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.