



Revista de la Facultad de Medicina

ISSN: 2357-3848

ISSN: 0120-0011

Universidad Nacional de Colombia

García-Balaguera, César
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal
Revista de la Facultad de Medicina, vol. 65, núm. 2, 2017, Abril-Junio, pp. 305-310
Universidad Nacional de Colombia

DOI: 10.15446/revfacmed.v65n2.59704

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576364367019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEN 

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>

Barreras de acceso y calidad en el control prenatal

Obstacles and quality of prenatal care

Recibido: 22/08/2016. Aceptado: 08/11/2016.

César García-Balaguera¹¹ Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Villavicencio - Facultad de Medicina - Villavicencio - Colombia.

Correspondencia: César García-Balaguera. Facultad de Medicina, Sede Villavicencio, Universidad Cooperativa de Colombia. Carrera 43C 16-56, El Buque. Teléfono: +57 8 6837258. Villavicencio. Colombia. Correo electrónico: cesar.garcia@campusucc.edu.co.

| Resumen |

Introducción. El control prenatal (CPN) es una estrategia de costo eficaz en la prevención de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Aunque Colombia tiene una inscripción de gestantes al CPN del 94%, este logro no afecta el descenso de la mortalidad materno perinatal.

Objetivo. Describir las barreras de acceso al CPN y la calidad de atención a gestantes en Meta.

Materiales y métodos. Se diseñó un estudio observacional descriptivo de corte transversal y se realizó una encuesta que abordó aspectos como percepción de calidad de atención, barreras de acceso e integridad de la atención.

Resultados. Se trabajó con 306 gestantes, cuya edad promedio fue de 24 años. El 66% tuvo una o dos gestaciones, el 15% ha tenido aborto y el 25% cesárea. El 74.17% tuvo cuatro o más controles. Existieron factores de riesgo asociados a menos de cuatro controles, percepción de la calidad del control con Odds ratio (OR, por su sigla en inglés) 22.7, inicio del CPN en segundo trimestre con OR 5.64, nivel de ingreso bajo con OR 5.12 y baja escolaridad de la madre con OR 3.62.

Conclusión. Es necesario mejorar la calidad e integridad del CPN por los prestadores de salud como estrategia complementaria para asegurar su efecto en la reducción de la morbimortalidad materno y perinatal.

Palabras clave: Embarazo; Mantenimiento del embarazo; Garantía de la calidad de atención de salud (DeCS).

.....
García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med. 2017;65:305-10. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>.

| Abstract |

Introduction: Prenatal care (PC) is a cost-effective strategy that prevents maternal and perinatal mortality and morbidity. Although PC in Colombian pregnant women shows an enrollment rate of 94%, this condition does not impact the decline of maternal perinatal mortality.

Objective: To describe the obstacles to access to PC and the perceived quality of care for pregnant women in Meta.

Materials and methods: A cross-sectional, observational and descriptive study was designed and a survey was applied to inquire about aspects such as perception of quality of care, obstacles to access and comprehensiveness of care.

Results: 306 pregnant women were included in the study, whose average age was 24 years. 66% had one or two pregnancies, 15% had abortions and 25% had a cesarean section. 74.17% of them had four or more prenatal controls. Risk factors were associated with attending less than four controls, while perception of quality had an odds ratio (OR) of 22.7; additionally, beginning PC during the second trimester had an OR of 5.64, low income level an OR of 5.12, and low maternal schooling an OR of 3.62.

Conclusion: Improving the quality and integrity of PC by health providers is a complementary strategy to ensure its effect on the reduction of maternal and perinatal morbidity and mortality.

.....
García-Balaguera C. [Obstacles and quality of prenatal care]. Rev. Fac. Med. 2017;65:305-10. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.59704>.

Introducción

La reducción de la mortalidad materna y perinatal hace parte de las metas de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). A pesar de tener coberturas de aseguramiento en más del 87% de Colombia, las morbimortalidades materna y perinatal no disminuyeron en la misma proporción, al contrario, se mantuvieron iguales y, en algunos casos, aumentaron. Esta situación generó gran inquietud, en especial por la alta prevalencia de embarazos no planeados y de embarazos adolescentes que implican situaciones de riesgo durante este, el parto y el puerperio e, incluso, para la salud del binomio madre e hijo (1).

Dentro de los determinantes del riesgo de morbimortalidad materno fetal, se encuentran documentados, como barreras de acceso, el aseguramiento, costo, nivel educativo, estrato socioeconómico, acceso geográfico, apoyo social y familiar, y acceso a los servicios de salud (2,3).

Para el caso de Meta en 2015, la tasa de natalidad fue 20.81 por 1 000 habitantes y la de fecundidad de 2.48 por mujer. Se contó con 255 141 mujeres en edad fértil y se registraron 15 398 nacimientos en 2015. La tasa de mortalidad infantil pasó del 14.7 en 2008 a 14.90 por mil nacidos vivos en 2013, mientras que la razón de mortalidad materna pasó de 62.8 en 2008 a 45.04 por mil nacidos vivos en 2015. El 98.4% de las madres recibieron cuatro o más controles prenatales y 98.4% tuvieron parto institucional por personal capacitado (1). La razón de mortalidad en niños de uno a cuatro años en la capital de Villavicencio aumentó de 3.34 por mil nacidos vivos en 2008 a 3.53 en 2009. La mortalidad perinatal se mantuvo constante en 12 por cada mil nacidos vivos entre 2010 y 2011. Lo esperado es que estos indicadores marquen descensos significativos, dada la alta cobertura de aseguramiento (1).

Esta situación genera las siguientes preguntas de investigación: ¿cuáles son las causas del aumento en la mortalidad materna e infantil?, ¿las barreras de acceso determinan este comportamiento? y ¿la calidad de la atención influye en el resultado? Para contestarlas, en la búsqueda de hipótesis explicativas, se planteó realizar una investigación de tipo observacional descriptivo y con corte transversal en las madres, quienes recibieron atención en el parto o estuvieron en el último trimestre del embarazo. Esto, mediante un cuestionario que evaluara las barreras de acceso al control prenatal (CPN) y su calidad, según las madres de los municipios de Meta.

Esta iniciativa permite conocer las características de las barreras de acceso al CPN, evaluar la calidad percibida de la atención y sugerir mejoras en el CPN que permitan impactar en la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna, así como en la morbilidad del binomio madre e hijo.

El CPN es una actividad diseñada para evaluar el riesgo de morbimortalidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, a fin de intervenir los factores de riesgo de forma temprana, eficaz y efectiva para el caso de la embarazada y el producto de la gestación (3). Este control debe ser completo, integral, periódico, realizado en un ambiente tranquilo y acogedor y ejecutado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo, con la capacidad y competencia para detectar los factores de riesgo y prevenir e intervenir de forma oportuna las complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo (4).

Las experiencias internacionales y nacionales evidencian que la implementación del CPN, al cumplir con las características de periodicidad, integralidad, precocidad y amplia cobertura, permite la detección de enfermedades maternas subclínicas; la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo; la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal; la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo; la preparación psicofísica para el nacimiento; y la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza, lo cual la hace una de las actividades más costo-efectivas de los sistemas de salud (5,6).

Algunos estudios (7-9) sugieren que no solo es necesaria una buena cobertura y un número de controles para asegurar el impacto sobre la morbilidad y mortalidad, sino que se requiere una atención con estándares mínimos de calidad, entre los cuales se destaquen pocas barreras de acceso y variables, como un ambiente de confianza y defensa de la privacidad de las embarazadas.

Este artículo tiene la motivación de que, pese a tener coberturas importantes en la inscripción del CPN mayores al 98% y una asistencia a cuatro o más controles prenatales del 98.4%, la morbimortalidad materna y perinatal ha aumentado en Meta, de modo que la mortalidad infantil, por causas perinatales, pasó de 5.2 en 2010 a 6.18 en 2014, por cada mil nacidos vivos. Esta contradicción exige la búsqueda de explicaciones y el intento de obtener elementos que permitan

intervenir, de manera eficaz, los determinantes de las patologías que afectan al binomio madre-hijo (1).

Hasta la fecha no se encuentran estudios en la región sobre este tema. Una responsabilidad de la academia y de las facultades de salud es buscar las explicaciones y maneras de intervenir en estos procesos de salud y enfermedad dentro de poblaciones vulnerables como el binomio madre-hijo de Orinoquía.

Esta investigación busca describir las barreras de acceso al CPN y la calidad de atención percibida por las embarazadas, además de establecer hipótesis explicativas para mejorar el impacto del CPN mostrado en Meta durante 2015.

Materiales y métodos

En cuanto al diseño, el estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal y de abordaje cuantitativo. El marco muestral estuvo conformado por las mujeres gestantes de los municipios de Meta en 2015. En 2014, este correspondió a 15 823 y en 2015 a 15 537 gestantes.

Los municipios priorizados fueron Villavicencio, Acacias, Cumaral, Fuente de oro, Granada, Puerto Gaitán, Puerto López y Restrepo, debido a que fueron los de mayor morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal, las cuales se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) en 2014. Sin embargo, estas aparecen listadas en el análisis según el sitio de procedencia, por lo que también se incluyen Cubarral, El Castillo, Guamal, Lejanías, Mesetas, Puerto Rico y Vistahermosa. Con lo anterior, se completan 15 de los 29 municipios de este departamento, en los cuales se concentra el 84.14% de las gestantes.

La muestra se estimó para una población de 15 537 mujeres en embarazo, con una prevalencia esperada (inscripción al CPN) del 85% y una prevalencia mínima del 80%. El cálculo se hizo mediante el programa Epi Info 2002 (versión 3.3), con la fórmula $n/(1-(n/\text{population}))$, $n=X*Z(P(1-P))/D*D$ y un nivel de significancia del 95%, el cual hizo que la muestra arrojara 193 personas, elevada a 213 en el diseño y con la posibilidad de un 15% de no respuesta. No obstante, dentro del ejercicio de la aplicación del formulario se presentaron solicitudes de más madres que querían participar, lo cual se permitió e hizo que la muestra ascendiera a 306.

Se utilizó un cuestionario validado con anterioridad en una prueba piloto, hecha a madres en la corporación clínica Universidad Cooperativa de Colombia (UCC) de Villavicencio. Dicho estudio contó con 20 mujeres (10 de ellas en gestación y 10 madres en postparto inmediato), tuvo un tiempo ajustado de diligenciamiento, aclaró algunas preguntas que no se entendían con claridad e hizo ajustes al tamaño de letra y diagramación del cuestionario.

Las encuestas se realizaron entre febrero y noviembre de 2015. Los encuestadores fueron el investigador principal y estudiantes de medicina de noveno semestre, quienes recibieron entrenamiento previo y participaron en la prueba piloto.

Los datos se extrajeron de los cuestionarios en una base de datos electrónica (Excel) y, después, se analizó su consistencia. El análisis de la información se realizó con el paquete estadístico Stata. Tras el trabajo de campo se obtuvo una base de datos que recogió la información de las participantes. Luego, se realizó una revisión exhaustiva de la información registrada, evaluando las frecuencias por variable para explorar la presencia de datos faltantes y de posible información inconsistente. En caso de haber encontrado información errada, se debían revisar los datos con el director médico de la respectiva institución prestadora de salud (IPS).

Asimismo, se evaluó la distribución de las variables para determinar valores extremos y faltantes. Después, se calculó la frecuencia de

las diferentes variables (test paramétricos y no paramétricos, de acuerdo a la distribución) y características sociodemográficas y de los municipios.

Al analizar las variables se encontró concentración de datos en dos extremos dentro de la variable de número de controles prenatales. Se tomó como base la recomendación establecida en la guía de práctica clínica 2013 (GPC) (25) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, que indica mayor riesgo en quienes tienen menos de cuatro controles prenatales. También se hizo cruce de variables, de modo que se compararon las prevalencias de las gestantes de cuatro o más controles prenatales y la percepción de la calidad de atención contra las demás variables, con lo cual se calculó OR de prevalencia para establecer variables indicadoras. Esto como hipótesis de mayor probabilidad de riesgo junto a sus intervalos de confianza y la estimación de su significancia estadística.

La realización de este estudio se adecúa a las recomendaciones para la investigación con seres humanos especificada en la Resolución 8430 de 1993 (26), puesto que se clasifica como una investigación de riesgo mínimo (según el artículo 11) por ser un estudio prospectivo que emplea el registro de datos mediante procedimientos comunes.

Debido a que la investigación contempla aspectos sensibles y relacionados con la intimidad de la persona, pero importantes de conocer en aras de dar respuestas a la problemática de salud pública del CPN, el grupo investigador consideró necesario el consentimiento informado. Así, se brindó información clara y completa al sujeto de investigación, incluyendo la justificación y los objetivos de la investigación.

Resultados

Caracterización sociodemográfica

Se encuestaron 306 mujeres en gestación de 15 municipios de Meta. La edad tuvo un rango de 14 a 42 años, una media aritmética de 24.2 con intervalos de confianza (IC) de 12.1-35.8, mediana de 25, moda de 18 y 24 años y desviación estándar de 5.93. Las menores de 20 años (adolescentes) fueron 23 (28.76%) y las mayores de 35 años fueron 4 (3.92%).

Según el estado civil, se contó con 15.03% de solteras, 10.78% de casadas, 73.53% en unión libre y 0.65% separadas. De ellas, 60.46% vivía con el padre de sus hijos, 21.9% no convivía pero tenían apoyo económico y afectivo, 9.15% solo contaba con apoyo económico, 1.63% con apoyo afectivo y 6.86% con ningún apoyo. Respecto a la ayuda familiar, el 90.52% la recibió y el 9.48% no.

Respecto a escolaridad de la madre, 0.98% era analfabeta, 28.43% tenía educación básica (5 años de estudio), 49.02% secundaria (11 años de estudio) y 21.57% técnica o superior. La escolaridad del padre fue menor que la de la madre, de modo que el 2.96% era analfabeta, 4.79% tenía educación básica, 34.21% aprobó secundaria y 22.57% se graduó de educación técnica o superior. Las labores u ocupación se distribuyeron así: de las gestantes, el 71.8% laboraba en el hogar, 19.34% era empleada y 6.89% trabajaba de manera independiente. Por su parte, 6.6% de los padres estaba desempleado, 61.39% era empleado y 26.73% trabajaba de manera independiente.

Al mirar el ingreso promedio familiar, se descubrió que ganaban por cantidad de salarios mínimos (\$644.350 pesos colombianos, 230 USD o dólares, al cambio oficial en noviembre de 2015): uno o menos 48.04%, de uno a dos 39.87%, de tres a cuatro 9.48%, de cinco a seis 1.63% y más de seis 0.98%. Lo anterior se relacionó con el estrato donde vivían, de manera que hubo 49.84% en estrato uno, 29.51% en estrato dos, 19.67% en estrato 3 y 0.98% en estrato 4. El 74.4% habitaba en zona urbana y el 25.6% en zona rural.

Antecedentes ginecobstétricos de las encuestadas

Respecto al número de gestaciones, para el 37.83% es la primera gestación, 29.83% está en la segunda, 18.75% en la tercera, 8.88% en la cuarta y 4.5% en la quinta o más. La media, mediana y moda es de dos embarazos. El 15.5% informa haber tenido algún aborto y un 25% tuvo cesáreas.

Calidad de la atención

El 70.59% está afiliado a régimen subsidiado y 29.6% a contributivo $p=0.0005$. El 99.67% está en CPN (302) y solo una no ha asistido a CPN antes de la encuesta 0.33%. El 25.5% ha asistido de uno a tres controles prenatales y 74.17% a cuatro o más controles ($p=0.0004$). Asimismo, el 67.22% asistió a CPN en el primer trimestre de gestación, 25.17% en el segundo trimestre y 7.28% en el tercer trimestre ($p=0.005$).

Al evaluar la percepción de la calidad de atención en el CPN, el 84.39% la consideró buena, el 14.29% regular y el 1.33% mala ($p=0.0004$). Frente a las barreras de acceso del personal, al calificar el trato recibido por el personal del centro de atención durante el CPN, al 17.28% le pareció excelente, al 77.08% bueno, al 5.32% regular y al 0.33% malo.

Al valorar las barreras de acceso locativas, ingresar al centro de atención fue cercano y fácil en cuanto al transporte para el 40.13%, lejos pero fácil para el 42.43% y lejos y difícil para el 17.43%. Las instalaciones donde atendieron a las madres se calificaron como excelentes por el 8.28%, buenas por el 84.11%, regulares por el 6.29% y malas por el 1.32%. Respecto al horario de atención, al 84.77% le pareció conveniente y al 15.3% no le convino. Un 3.64% refirió cobro por el CPN y 96.36 no tuvo cobro alguno (en el sistema de salud colombiano el CPN no tiene cobro).

El tiempo de espera para la atención correspondió a 13.58% inmediato, 52.65% de 5 a 15 minutos, 25.17% de 15 a 30 minutos y 8.61% mayor a 30 minutos. El 88.31% tuvo CPN por parte de un médico y 11.75% por una enfermera o auxiliar de enfermería. Respecto al acceso a servicios complementarios, el 30.77% tuvo inconvenientes para la autorización o entrega de las ordenes de laboratorio clínico y el 69.23% no presentó problema alguno. Para la autorización o acceso al ginecólogo, el 37.18% tuvo dificultades y 62.82% no las tuvo.

Adherencia a la guía de atención del CPN

Se informó sobre signos de alarma en el embarazo durante el CPN al 92.38%, mientras que 7.62% no recibió la información ($p=0.0003$). El 89.14% fue notificado sobre recomendaciones nutricionales durante el CPN, pero el 10.86% no ($p=0.0003$). El 76.64% fue remitido y atendido por odontología durante el CPN y el 23.36% no pasó por la misma atención. El 91.45% recibió vacunación contra el tétano durante el CPN y el 8.55% no fue vacunado ($p=0.00023$).

Sobre la clasificación del riesgo del embarazo, se le informó del riesgo al 65.38%, mientras que el 34.62% no supo sobre esto ($p=0.005$). Se indagó si la información recibida en el CPN le facilitó el trabajo de parto: el 74.5% afirmó que sí y el 25.5% dijo que no. En cuanto a si la información que recibió en el CPN (CPN) fue adecuada y entendible, el 91.39% afirmó que sí y el 8.61% afirmó que no ($p=0.00002$). Sobre asesoría en métodos anticonceptivos para utilizar después del parto, se puede decir que solo se le brindó al 67.55%, pero el 32.5% no recibió asesoría al respecto ($p=0.0004$).

Respecto a la privacidad en el CPN, el 88.5% afirmó que se respetó su privacidad y un 11.5% se sintió invadido. También se evaluó si

alguna vez, durante el CPN, se sintió desconfianza o incomodidad, a lo cual el 13.2% respondió que sí y el 86.8% dijo que no. Al preguntarles, si tuvieran la oportunidad de elegir dentro del personal de salud, a quién preferirían para hacer el CPN, 88.78% eligió un médico, 4.62% una enfermera profesional y 6.6% un auxiliar de enfermería. A las encuestadas que ya tuvieron parto las atendió un médico en un 88.31% y una enfermera al 11.7%.

Análisis bivariado

Frente a las tendencias observadas en el análisis univariado, se realizó este análisis con el número de controles prenatales, tomando como riesgo lo establecido en la guía de práctica clínica (GPC) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (25) de tener menos de cuatro controles prenatales y una mala percepción de la calidad de atención. Con base en lo anterior, se realizó el análisis en tablas de 2X2 del OR de prevalencia (23,24), a fin de establecer la fortaleza de estas variables como hipótesis para estudios analíticos posteriores.

Variables asociadas a tener menos de cuatro controles prenatales

Para enfocar la pregunta de investigación, se realizó el análisis bivariado mediante el cruce de las variables. Asimismo, se eligió como variable dependiente la prevalencia del número de controles prenatales. Para ser expuesto, se debía tener menos de cuatro controles prenatales y para no serlo tener cuatro o más controles, lo cual se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables asociadas a menos de cuatro controles prenatales.

Menos de cuatro controles prenatales				
Variable	Factor de riesgo	Odds ratio (OR)	Límites de confianza (LC)	p
Ingreso	< 1 Salario mínimo vigente (SMLV)	5.12	2.88-9.08	0.0001
Escolaridad madre	<10 años	3.62	1.5-8.3	0.0014
Estado civil Madre	Soltera o separada	2.41	1.3-4.34	0.0051
Labor del padre	Desempleado	2.1	1.01-4.39	0.005
Labor de la madre	Desempleado	2.13	1.1-4.13	0.025
Estrato	< estrato 2	2.2	1.04-4.78	0.04
Inicio del control prenatal (CPN)	>1 trimestre	5.64	3.1-10.27	0.00001
Afiliación a seguridad social	Subsidiado	1.84	1.03-3.49	0.05
Calidad CPN	Mala	22.7	11.71-44.1	0.000001
Información de anticoncepción	No	2.13	1.24-4.64	0.0072
Remisión odontología	No	2.04	1.09-3.72	0.0013
Vacuna tétano	No	2.05	0.89-4.77	0.09
Signos de alarma en embarazo.	No	2.88	1.09-7.48	0.0013
Información adecuada	No	4.68	1.68-11.83	0.00001
Información del riesgo del embarazo.	No	2.33	1.09-4.99	0.004

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró, como posible hipótesis de factores de riesgo asociados con significancia estadística, tener menos de cuatro controles prenatales. También se obtuvieron las variables de la Tabla 1 y se destacaron la percepción de la calidad del CPN con OR 22.7, los límites de confianza (LC) de 11.71 a 44.1, el inicio del CPN después del primer trimestre con OR 5.64 LC (3.1-10.27), el nivel de ingreso menor de un salario mínimo vigente (SMLV) (220 dólares por mes) OR 5.12 LC (2.88-9.08), recibir información no adecuada o confusa en el CPN OR 4.68 LC (1.68-11.63), la baja escolaridad de la madre (menor a 10 años de escuela) OR 3.62 LC (1.5-8.3), no ser informada de los signos de alarma en el embarazo en el CPN con OR 2.88 LC (1.09-7.48), ser soltera o separada OR 2.41 LC (1.3-3.34), no ser informada de la clasificación de riesgo de su embarazo OR 2.33 LC (1.09-4.99), no recibir información sobre anticoncepción en el CPN OR 2.13 LC (1.32-3.78) y ser madre desempleada o que trabaja en el hogar OR 2.13 LC (1.1-4.13).

Entre otras variables están el padre desempleado, el estrato socioeconómico menor de dos y la pertenencia a régimen subsidiado, los cuales reflejan la importancia de los determinantes sociales de la salud en la captación, calidad y adherencia al CPN. En cuanto a factores de protección para tener cuatro o más controles prenatales, la única variable asociada fue tener menos de dos embarazos, con OR 0.52 (IC 0.3-0.9) y $p=0.02$.

Variables asociadas a calidad de atención

Se cruzó la variable de prevalencia y percepción de la calidad de atención como buena o mala contra las demás variables, obteniendo la Tabla 2. Esta variable tuvo una alta asociación como posible factor de riesgo para tener cuatro o más controles prenatales.

Tabla 2. Variables asociadas a mala calidad de atención percibida.

Variable	Factor de riesgo	Odds ratio (OR)	Salario mínimo vigente (LC)	p
Ingreso	< 1 SMLV	1.05	0.46-1.16	0.24
Escolaridad de la madre	< 10 años	1.21	1.03-1.42	0.0024
Estrato socio económico	< estrato 2	2.54	1.3-4.9	0.003
Persona que atendería el parto	Enfermera	3.42	1.83-6.39	0.0004
Tiempo de espera del CPN (CPN)	>15 min	1.71	1.01-2.89	0.004
Calificación trato recibido	Regular-malo	4.49	2.73-7.4	0.0000001
Cobro por CPN	Le cobraron	2.45	1.07-5.61	0.053
Califica instalaciones	Malas	4.62	2.86-7.44	0.00000001
Horario de atención	No conveniente	2.71	1.24-3.78	0.0078
Información de anticoncepción	No	2.23	1.32-3.78	0.0023
Información de nutrición	No	2.06	1.1-3.85	0.029
Remisión de odontología	No	2.32	1.38-3.89	0.0015
Vacuna del tétano	No	2.01	1.01-4.01	0.056
Signos de alarma en embarazo	No	3.07	1.71-5.51	0.0005
Información adecuada	No	3.45	2.01-5.93	0.00001
Privacidad en el CPN	No	1.85	1.01-3.5	0.05

Fuente: Elaboración propia.

La variable que más se asoció fue mala calidad de las instalaciones donde atendieron a la gestante con OR 4.62 (IC 2.86-7.44); la segunda fue la calificación del trato recibido durante el CPN (regular o malo) con OR 4.49 (IC 2.73-7.4); la tercera fue la falta de información entendible y adecuada en el CPN con OR 3.45 (IC 2.01-5.93); la cuarta corresponde a no haber recibido educación sobre los signos de alarma durante el embarazo con OR 3.07 (IC 1.71-5.51); y la última fue el horario de atención no conveniente con OR 2.71 (IC 1.24-3.78). Estas variables pueden estar relacionadas a la calidad de atención y la adherencia al protocolo de atención GPC, lo cual se convierte en una hipótesis a probar en un futuro estudio analítico.

Discusión

La evidencia sugirió que los factores relacionados con las barreras de acceso y la calidad percibida en el CPN (8,9) eran múltiples. No obstante, estos pueden variar según las diferentes determinantes sociales, culturales y del diseño de los sistemas de salud, tanto en lo que se refiere a la cobertura como al acceso mismo de las gestantes a los servicios de atención prenatal (12-15,18,19).

En este estudio, los determinantes sociales surgieron una gran importancia para dificultar el acceso al CPN. Se calificó como no adecuado tener menos de cuatro CPN. Las variables con mayor asociación para este comportamiento fueron la percepción de mala calidad en la atención, el inicio tardío del CPN (después del primer trimestre), tener bajos ingresos y la escolaridad de la madre, todos ellos asociados a las brechas sociales y a las inequidades en salud, lo cual fue un hallazgo similar al del estudio de Khanal en Timor (13), Tamez en México (20) y Heaman en Canadá (14). Esta situación es aún más preocupante si se tiene en cuenta que más del 98% tiene cobertura de aseguramiento, lo cual no garantiza el acceso al CPN; incluso si ha ayudado para mejorar la atención del parto institucional, no determina que las madres tengan más de cuatro controles prenatales.

Por otro lado, se evidenció la importancia de la empatía, humanismo y comunicación de los trabajadores de salud para generar adherencia al CPN, lo cual es vital y determina la percepción de calidad de la atención, por encima de variables como la infraestructura, la ubicación del servicio, los horarios de atención, etc. Esta evidencia en la Tabla 2 implica la necesidad de hacer mejores esfuerzos en la humanización de los servicios de salud y que los profesionales de la salud proyecten calor humano, sensibilidad y trato amable en la atención rutinaria de las madres en el CPN. Esto facilitaría la comunicación y la adherencia a la educación en salud. Además, se encontraron resultados parecidos en los estudios de Phillippi en EE.UU. (15) y Gebrehiwot en Etiopía (16) en entornos muy diferentes.

La adherencia a las guías de atención del CPN por parte del profesional de la salud en aspectos básicos, como enseñar los signos de alarma durante la gestación, recomendaciones nutricionales, higiene oral, valoración por odontología, asesoría sobre uso de anticoncepción después del parto y clasificación del riesgo del embarazo, entre otros, tuvo un promedio del 80.8%. Esto significa que el 20% de las gestantes tuvieron un CPN deficiente o incompleto, lo cual generó un gran riesgo, pues el hecho de asistir produce una falsa sensación de seguridad o de bajo riesgo que puede complicar el embarazo y el parto. Majroot (17) encontró un resultado semejante en Pakistán, al igual que en Perú (22), y lo relacionó con escaso empoderamiento de los profesionales de la salud sobre la importancia del CPN.

En Colombia, el esfuerzo del estado por lograr cobertura de aseguramiento universal ha sido un gran avance en la salud de la población. El estudio reveló que la inscripción al programa de CPN es mayor al 97%; sin embargo, esto no garantiza el acceso ni la adherencia

al programa. Para el caso de las gestantes es evidente que este esfuerzo no es suficiente, sino que se requiere trabajar en la formación del personal en salud en cuanto a la importancia del CPN, vigilar la integridad del mismo, garantizar la adherencia a la guía de atención, pero, sobre todo, mejorar la formación en valores, la comunicación y empatía con el paciente, la humanización del servicio y los aspectos que por obra de la cotidianidad dinámica acelerada de la atención y masificación de los servicios han generado que se preste atención despersonalizada, insensible, que transmite muy poco y genera falsas sensaciones de seguridad en el paciente. Esto último también ha hecho que se pierda credibilidad en el sistema de salud y en sus profesionales, de modo que se ha perdido el respeto por el paciente y por el profesional.

Por lo anterior, se deben hacer esfuerzos en profundizar en aspectos motivacionales del profesional y en cómo mejorar el impacto en comunidades de bajo nivel cultural y económico, enfoques similares a los planteados por Cáceres en Colombia durante el 2016 (21).

Por tanto, el CPN necesita mejorar su calidad, a fin de impactar en la morbilidad materna y perinatal. Dicha calidad debe centrarse en el factor humano, hallazgo que contesta la primera pregunta de investigación.

En este estudio se identificó la necesidad de dar educación comunitaria a las gestantes, en especial una que genere conocimiento sobre signos de alarma en la gestación y sobre la importancia de los controles prenatales y de la clasificación del riesgo del embarazo.

Llamó la atención el hallazgo de la importancia de la empatía del paciente con el médico tratante, en este caso del programa de CPN, como un factor muy importante para tener más de cuatro controles y para mayor adherencia al programa, a las instrucciones de autocuidado y a la percepción de calidad de la atención. Esto constituye un instrumento de gestión muy fácil de manejar desde los servicios de salud, pero poco asumido por los profesionales de la salud, debido a las presiones del entorno laboral o a la escasa sensibilización sobre el tema de humanización de los servicios.

También se evidenció la necesidad de comprometer, desde las escuelas de formación médica y de enfermería, a los profesionales con la integridad del CPN, la valoración periódica de los pacientes, el seguimiento a pacientes con escaso apoyo social, bajo nivel cultural y educativo, y a elementos cardinales en el éxito del programa de CPN.

No se encontraron grandes dificultades en el acceso. La buena cobertura de aseguramiento y de inscripción al CPN disminuyeron las barreras de forma considerable, las cuales se encontraron, sobre todo, en el acceso al segundo nivel de atención (especializado). Por su parte, se descubrieron grandes dificultades en la calidad de la atención, centradas en la empatía y la humanización del servicio, lo cual dio respuesta a las preguntas de investigación de este estudio.

No es suficiente la afiliación al sistema de salud, ni tener una infraestructura adecuada o bonita, o estar cerca de la vivienda, sino que se requiere un esfuerzo adicional de humanidad y empatía y de hacer más amigables los servicios de salud a los usuarios, como garantía de éxito de los programas de promoción y prevención en salud, para así lograr un mayor impacto en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Financiación

Esta investigación tuvo el apoyo del Comité Nacional para el Desarrollo de la Investigación (CONADI) de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Agradecimientos

A Alison Guevara y William Martínez, estudiantes de medicina Universidad Cooperativa de Colombia de la sede Villavicencio, por sus aportes al desarrollo del proyecto.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2015 [cited 2017 Jul 19]. Available from: <https://goo.gl/TDvGBx>.
2. Fescina RH, De Mucio B, Díaz-Rossello JL, Martínez G. Sexual and reproductive health: guides for the HPC focused continuum of care of women and newborn: guides for basic practice. 2nd ed. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva; 2010.
3. Herrera J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med*. 2002; 33(1):21-25.
4. Ministerio de Salud Colombia. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2013. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud Colombia; 2013.
5. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de CPN de rutina para embarazos de bajo riesgo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;4:CD000934. <http://doi.org/cv3h6q>.
6. Sánchez HR, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del CPN en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(5):377-380.
7. Sword W, Heaman MI, Brooks S, Tough S, Janssen PA, Young D, et al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:29. <http://doi.org/f9923z>.
8. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs*. 2008;61:244-260. <http://doi.org/bzfn6>.
9. Seclen JA., Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):149-157. <http://doi.org/dtcdvn>.
10. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet*. 2002;359(9300):57-61. <http://doi.org/dx2drg>.
11. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población 1985-2020. Colombia: DANE; 2016 [cited 2017 Aug 23]. Available from: <https://goo.gl/hbtJej>.
12. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):121-130. Available from: <https://goo.gl/mDHRZN>.
13. Khanal V, Lee AH, da Cruz JL, Karkee R. Factors associated with non-utilisation of health service for childbirth in Timor-Leste: evidence from the 2009-2010 Demographic and Health Survey. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14:14. <http://doi.org/f545z9>.
14. Heaman MI, Moffatt M, Elliott L, Sword W, Helewa ME, Morris H, et al. Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:227. <http://doi.org/f6c2nq>.
15. Phillippi JC. Women's perceptions of access to prenatal care in the United States: a literature review. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(3):219-25. <http://doi.org/d78s5r>.
16. Gebrehiwot T, San Sebastian M, Edin K, Goicolea I. Health workers' perceptions of facilitators of and barriers to institutional delivery in Tingray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:137. <http://doi.org/f225m4>.
17. Majrooh MA, Hasnain S, Akram J, Siddiqui A, Memon ZA. Coverage and quality of antenatal care provided at primary health care facilities in the 'Punjab' province of 'Pakistan'. *PLoS One*. 2014;9(11):e113390. <http://doi.org/f6tgtf>.
18. Bassani, DG, Surkan PJ, Olinto M. Inadequate use of prenatal services among Brazilian women: the role of maternal characteristics. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2009;35(1):15-20. <http://doi.org/d3ktxk>.
19. Seclen J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(3):149-57. <http://doi.org/dtcdvn>.
20. Tamez S, Valle RI, Eibenschutz C, Méndez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública Méx*. 2006;48(5):418-429.
21. Cáceres FM. El Control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009 [cited 2017 Aug 4];60(2):165-70. Available from: <https://goo.gl/npzyao>.
22. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de CPN inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered*. 2011;22(4):159-160. <http://doi.org/cbhj>.
23. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. Modern Epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
24. Schoenbach VJ, Rosamund WD. Understanding the Fundamentals of Epidemiology: An Evolving Text. Chapel Hill: University of North Carolina; 2000 [cited 2017 Aug 4]. Available from: <https://goo.gl/kFYba5>.
25. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia; 2013.
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Resolución 8430 de 1993 (octubre 14): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia; octubre 4 de 1993 [cited 2017 Aug 23]. Available from: <https://goo.gl/GokC65>.