

**CAUSAS DE INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A PROGRAMAS DE CONTROL PRENATAL, COOMEVA CARTAGO, 2016.**

**JOHANNA MARÍA GIRALDO RÍOS  
DIANA ALEJANDRA MARÍN FRANCO  
ANGELA CRISTINA MEJÍA ORDOÑEZ  
ROSS DAHIANA PENAGOS MEJÍA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD**

**ASESORES**

**MAGDA DICELLY MARÍN VILLADA  
ZULMA LORENA RODRÍGUEZ SABOGAL  
DOCENTES FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
RED ILUMNO  
FACULTAD DEL CENTRO DE POSGRADOS  
PROGRAMA DE AUDITORÍA EN SALUD COHORTE 223  
PEREIRA - RISARALDA**

**2017**

**NOTA DE JURADOS**

-----

**Jurado uno**

-----

**Jurado uno**

-----

**Jurado uno**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a cada una de las personas que de alguna forma u otra apoyaron nuestro proceso de aprendizaje, contribuyendo de manera económica o sentimental.

A cada uno de nuestros padres, esposos e hijos dedicamos el fruto de nuestro trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios, por ser nuestra luz, nuestro guía y por permitirnos culminar este proceso de manera satisfactoria.

A nuestra familia, por brindarnos su apoyo incondicional, ser nuestra fortaleza y ejemplo a seguir.

A la Universidad por facilitarnos un lugar confortable para que nos sintiéramos como en casa, inculcarnos los conocimientos necesarios para ser profesionales exitosos.

A Coomeva, por permitir desarrollar nuestra investigación con usuarios de su institución, por su confianza y colaboración.

A las madres encuestadas por su disposición a ser parte de lo que hoy es una realidad.

Muchas gracias...

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1.</b>	<b>Problema</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Planteamiento problema</b>	<b>10</b>
<b>2.</b>	<b>Justificación</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivos generales</b>	<b>13</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específico</b>	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b>Matriz de objetivos</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>Marco de referencia</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Marco de antecedentes</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Marco institucional</b>	<b>18</b>
<b>4.3</b>	<b>Marco teórico</b>	<b>19</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Caracterización sociodemográfica</b>	<b>19</b>
<b>4.3.1.1</b>	<b>Edad</b>	<b>19</b>
<b>4.3.1.2</b>	<b>Nivel educativo</b>	<b>20</b>
<b>4.3.1.3</b>	<b>Estado civil</b>	<b>20</b>
<b>4.3.1.4</b>	<b>Ocupación</b>	<b>20</b>
<b>4.3.1.5</b>	<b>Hijos</b>	<b>21</b>
<b>4.3.1.6</b>	<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>21</b>
<b>4.3.1.7</b>	<b>Causas de inasistencia</b>	<b>21</b>
<b>4.3.1.8</b>	<b>Lugar de procedencia</b>	<b>21</b>
<b>4.3.1.9</b>	<b>Dificultades económicas</b>	<b>21</b>
<b>4.3.1.10</b>	<b>Red de apoyo</b>	<b>21</b>

4.3.11	Estrategias de mejora	21
4.4	Marco conceptual	22
4.5	Marco normativo	22
5.	Metodología	29
5.1	Tipo de investigación	29
5.2	Población – muestra	29
5.3	Unidad de análisis	29
5.4	Criterios de inclusión	29
5.5	Criterios de exclusión	29
5.6	Plan de análisis	29
5.6.1	Recolección de la información	29
5.6.2	Tabulación de datos	30
5.6.3	Análisis de la información	30
5.6.4	Presentación de resultados	30
5.7	Compromiso bioético	30
5.8	Compromiso medioambiental	30
5.9	Responsabilidad social	30
5.10	Difusión de resultados	30
5.11	Aspectos administrativos	30
5.11.1	Cronograma y presupuesto	30
6.	Resultados	31
6.1	Análisis unidimensional	31
6.1.1	Variables sociodemográficas	31

6.1.2	<b>Variables causas de inasistencia de las gestantes a los controles prenatales</b> .....	32
6.2	<b>Análisis bidimensional</b> .....	34
6.3	<b>Variables estrategias de mejora</b> .....	35
6.4	<b>Discusión de los resultados</b> .....	35
7.	<b>Conclusiones</b> .....	37
8.	<b>Recomendaciones</b> .....	38
9.	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	35
	<b>Conclusiones</b> .....	37
8.	<b>Recomendaciones</b> .....	38
	<b>Anexos</b> .....	42

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A Árbol del Problema**

**ANEXO B Matriz de Variables**

**ANEXO C Consentimiento Institucional**

**ANEXO D Encuesta**

**ANEXO E Instructivo**

**ANEXO F Libreto de llamada**

**ANEXO G Cronograma**

**ANEXO H Presupuesto**

**ANEXO I Plan de Mejora**

**ANEXO J Flujoograma**



## 1. PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El control prenatal es un programa encaminado a detectar factores de riesgo de la gestante, que busca implementar estrategias educativas, fortalecer elementos protectores y realizar manejos oportunos de patologías, con el fin de aminorar complicaciones. Cuando se habla de atención prenatal adecuada la OMS establece que las mujeres deben asistir a cinco o más consultas de atención prenatal durante el embarazo<sup>1</sup>. Cada año mueren en el mundo más de medio millón de mujeres por causas derivadas del embarazo, fallas que podrían ser evitables con la medicina actual.

Es de resaltar la relación que hay entre la presencia de casos de muertes maternas con retrasos o demoras en la atención médica<sup>2</sup>. Dichos aspectos se pueden modificar con la adopción por parte de las instituciones de salud y el personal, tanto asistencial como administrativo de políticas que generen un real impacto sobre la sociedad, la familia y por tanto cada gestante, objeto de cuidado<sup>3</sup>. Desde hace aproximadamente un siglo se vienen realizando intervenciones a nivel mundial, con el fin de disminuir la morbilidad materno perinatal, siendo una de estas, la implementación de controles rutinarios durante la gestación.

En Colombia, con la implementación de la Resolución 0412 del 2000, se tiene establecido realizar una captación temprana de la gestante, idealmente antes de las doce semanas, continuar los controles con una periodicidad mensual hasta las treinta y seis, y luego cada quince días hasta las cuarenta semanas<sup>1</sup>.

Existen múltiples factores que pueden influir en la asistencia y adherencia al control prenatal, entre estos podemos encontrar edad materna, raza, composición familiar y red de apoyo, actitud frente a la gestación (embarazo deseado o no), nivel educativo, estrato socioeconómico, ámbito laboral, acceso y percepción de la

---

<sup>1</sup> República de Colombia Ministerio de salud, y Protección Social Resolución 00412 de febrero del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 25 de febrero del 2000. Tomo I. 119 – 154

<sup>2</sup> Gonzaga, MR. Soriano, A Z. Anzaldo, MC. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, baja california, salud pública, 2014; 56, 1-8.

<sup>3</sup> Flórez, C. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia, Revista Nutrición Hospitalaria, Num 3, 2015

gestante frente a los servicios de salud; variables muy similares a las resaltadas a nivel mundial, lo que podría representar que la materna siempre será un universo diferente, pero que la afectan variables muy similares en cualquier lugar donde se pueda encontrar.

Es de resaltar, como la parte cultural juega un papel importante en el normal desarrollo del embarazo y la asistencia a los programas de control prenatal que pueda prestar una institución. Factores que directamente influyen en un país con gran diversidad cultural de etnias, religiones y en situación de conflicto, como Colombia<sup>4</sup>. Conocer los factores que influyen en la deserción de la gestante a los programas de control prenatal es de gran importancia, para así, crear estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de las instituciones, y con el desarrollo normal de toda mujer gestante del país disminuyendo complicaciones y siempre favoreciendo el binomio madre – hijo.

En Coomeva EPS Cartago, durante el 2015 se encontró un porcentaje de inasistencia de salud materno fetal del 9,035%, siendo la meta esperada del 2%. Por lo anterior para la institución también es de gran trascendencia el conocer las principales causas de inasistencia, con el fin de crear planes de mejora y fortalecer la asistencia de las gestantes a dicho programa y de igual manera disminuir la morbimortalidad asociada en este grupo poblacional.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿Cuáles son las causas de inasistencia de las gestantes inscritas en el programa de Control Prenatal, de Coomeva Cartago, durante el 2016?**

---

<sup>4</sup> Lasso Toro P. Atención prenatal ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensam spscol. 2012; 10, 1-11.

## 2. JUSTIFICACION

Dentro de los objetivos del milenio se encontraba la prioridad de disminuir y erradicar la mortalidad asociada al embarazo, para gestantes en países en vías de desarrollo, puesto que en muchos lugares del mundo aún es frecuente que la gestación se desarrolle en las peores condiciones, sin asistencia y con graves riesgos para la vida de la madre y el feto.

En el informe entregado en el 2015, se evidencia que a pesar de haber logrado cambios significativos con respecto a este punto, no se alcanzó la meta propuesta. Se logró una disminución de la tasa de mortalidad materna en un 45% a nivel mundial, principalmente a partir del año 2000. En Asia meridional, la tasa de mortalidad materna disminuyó en un 64% y en África subsahariana cayó en un 49%. A nivel mundial, más del 71% de los partos, fueron atendidos por personal capacitado. En África, la proporción de mujeres embarazadas que asisten a más de cuatro controles prenatales se incrementó al 89%. Sin embargo en promedio, solo el 52% de las mujeres embarazadas en las regiones en desarrollo, recibieron la cantidad recomendada de visitas prenatales durante el embarazo.

Aun cuando no se produzca la muerte, los embarazos que no son asistidos suponen un grave riesgo para la salud de ambos<sup>5</sup>, debido a que de la mayoría de las complicaciones que surgen durante la gestación pueden aparecer como secuelas, enfermedades y problemas de salud que son totalmente prevenibles, derivados de pre eclampsia, malformaciones por malos hábitos, enfermedades contagiosas que se transmiten de madre a hijo, entre otros factores.

Es una necesidad en América latina entender cuáles son las causas que motivan la inasistencia de las madres gestantes a los controles prenatales<sup>6</sup>, lo que no necesariamente implica una falta de servicios por parte de los estados, sino también factores socioeconómicos sumamente complejos como baja educación, falta de programas de promoción y prevención, o creencias culturales y tradicionales. En Colombia a pesar del incremento de la cobertura de los controles prenatales a nivel nacional, no se tiene un dato exacto de inasistencia al programa.

---

<sup>5</sup> Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Completar y organizar el resto.

<sup>6</sup> Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. *Protocolo Asistencial en Obstetricia: Control prenatal del embarazo normal*, Madrid 2010. [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego\\_protocolo\\_control\\_prenatal\\_2010.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf)

Las regiones con mayor tasa de mortalidad materna corresponden a los departamentos que tienen mayor registro de información, que no necesariamente está asociado a inasistencia a los programas. El bajo índice de mortalidad materna en los departamentos con bajo acceso a la atención, podría corresponder a un sub registro del dato<sup>7</sup>.

Conocer de primera mano las circunstancias que están determinando la ausencia de las gestantes a los controles, es imprescindible para formular planes de acción, que permitan mejorar la atención y la prestación de un servicio que es fundamental en la salud de los menores y las madres. Igualmente, esto permitirá determinar si las causas coinciden con las de otros países<sup>8</sup>, para hacer más eficiente la atención, lo que repercute en un ahorro de costos y recursos que por ahora se están desperdiciando. También es relevante el avance en el mejoramiento de los servicios de atención médica y en las estrategias de prevención que puedan implementarse, gracias a los datos que arroje este proyecto.

En este sentido es pertinente conocer de primera mano las causas que determinan la inasistencia a los controles prenatales en la región, puesto que casi no hay información al respecto, ni siquiera a nivel nacional. El propósito de esta investigación es determinar las causas de inasistencia de las gestantes inscritas en el programa de Control Prenatal, en Coomeva Cartago, durante el año 2016.

---

<sup>7</sup> República de Colombia, Ministerio de salud y protección social, Análisis de la situación de Salud del Departamento Cundinamarca, 2012, 1-163, <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-la-Situacion-en-Salud-del-Departamento-de-Cundinamarca.pdf>, (Último Acceso 13 de Junio del 2016).

<sup>8</sup> Verde ME. Embarazo sin control. Análisis epidemiológico. Revista Médica del Uruguay. 2012; 28(2)

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las causas de inasistencia de las gestantes inscritas en el programa de Control Prenatal de Coomeva Cartago durante el 2016, para proponer estrategias de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.

3.2.2 Establecer las causas de inasistencia de las gestantes.

3.2.3 Proponer estrategias de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos.

### 3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICIÓN	VARIABLES	INDICADORES
<b>Caracterizar socio demográficamente la población en estudio</b>	Caracterización socio demográfica	Identificación de las condiciones de la población	Edad	Frecuencia según edad
			Nivel Educativo	% según nivel educativo
			Estado Civil	% según estado civil
			Ocupación	% según ocupación
			Hijos	# de hijos
			Nivel Socioeconómico	% según nivel socioeconómico
			Régimen de afiliación	% por régimen de afiliación
			Tipo de afiliación	% por tipo de afiliación
<b>Establecer las causas de inasistencia de las gestantes</b>	Causas de inasistencia	Identificación de las causas de inasistencia	Lugar de Procedencia	% lugar por procedencia
			Dificultades Económicas	% por dificultades económicas
			Red de Apoyo	% red de apoyo
			Desconocimiento de la importancia	% de desconocimiento

<b>Proponer estrategias de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos</b>	Estrategias de mejoramiento	Planeación de acciones de mejoramiento	Estrategias de mejora	Dos estrategias de mejora
--	-----------------------------	--	-----------------------	---------------------------

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

El embarazo es una etapa de la vida con grandes cambios anatómicos, fisiológicos y hormonales que favorecen la aparición de complicaciones y pueden poner en riesgo la vida de la madre y el feto. Desde hace aproximadamente un siglo, se vienen realizando intervenciones a nivel mundial, con el fin de disminuir la morbimortalidad materno perinatal, siendo una de estas la implementación de controles rutinarios durante la gestación.

El control prenatal es un programa encaminado a detectar factores de riesgo de la gestante, que busca implementar estrategias educativas, fortalecer elementos protectores y realizar manejos oportunos de patologías encontradas, con el fin de aminorar complicaciones.

En el Reino Unido, se ha utilizado un esquema de atención a la gestante conocido como pirámide de cuidado prenatal, el cual incluye la primera visita a las dieciséis semanas de gestación y centra la mayoría de los controles al final de la misma. Sin embargo de acuerdo a los nuevos avances en tecnología y descubrimientos en medicina perinatal, se ha hecho evidente la necesidad de captar a la gestante a temprana edad del embarazo y así poder identificar sus riesgos e intervenirlos<sup>9</sup>.

En Latino América, más específicamente en el Perú, un control prenatal adecuado consiste en captar a la gestante y que sea valorada dos veces antes de las veintidós semanas de gestación y garantizar que asista al menos seis veces durante su embarazo<sup>10</sup>. En Colombia, con la implementación de la Resolución 0412 del 2000, se tiene establecido realizar una captación temprana de la gestante, idealmente antes de las doce semanas, continuar los controles con una periodicidad mensual hasta las treinta y seis, y luego cada quince días hasta las cuarenta semanas.

En el país, los estudios han demostrado que los lugares con mayores tasas de inasistencia prenatal y mayor mortalidad fetal durante el embarazo, son la región del pacífico y la de los llanos orientales, lo que explica entonces que la pobreza y el aislamiento son un factor clave a la hora de entender este fenómeno, pues se trata de comunidades remotas, donde no llegan los servicios de salud y la comunidad tiene costumbres antiguas, como asistirse con parteras o simplemente

---

<sup>9</sup> Nicolaidis, K. H. A model for a new pyramid of prenatal care based on the 11 to 13 weeks' assessment. *Prenatal diagnosis*. 2011; 31(1), 3-6.

<sup>10</sup> Arispe C, Salgado M, Tang G., González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Medica Herediana*. 2011; 22(4), 159-160.



esperar al parto, ni siquiera por elección sino porque no tienen otra opción, debido a las condiciones en que viven, donde se mezcla la pobreza con el aislamiento geográfico.

Existen múltiples factores que pueden influir en la asistencia y adherencia al control prenatal, entre estos se pueden encontrar edad materna, raza, composición familiar y red de apoyo, actitud frente a la gestación (embarazo deseado o no), nivel educativo, estrato socioeconómico, ámbito laboral, acceso y percepción de la gestante frente a los servicios de salud<sup>11-12</sup>.

Así como se evidencian factores en la gestante y su entorno que no son modificables, se encuentran algunos que pueden ser intervenidos y mejorar los resultados obstétricos. Los problemas en la detección de riesgos y falta de cumplimiento con los protocolos, la desmotivación del personal de salud y la apatía de los directivos de las EPS, son elementos que afectan directamente la calidad en la prestación de los servicios de salud<sup>13</sup>.

Se ha evidenciado que realizando intervenciones directas a instituciones prestadoras de salud, por parte de entes externos – secretaria de salud en asociación con ginecoobstetras - se puede modificar la calidad de la atención aportando cambios significativos que benefician al binomio madre-hijo<sup>14</sup>.

Para la gestante es importante que su manejo sea multidisciplinario, con humanización y teniendo en cuenta la complejidad de su estado, para desarrollar una buena relación con los prestadores de servicios de salud, generando de esta forma una adecuada adherencia y haciendo la asistencia al programa una experiencia más amable.

En conclusión es de suma importancia lograr implementar programas de control prenatal que sean de calidad, logrando derribar barreras actitudinales, culturales, sociales y personales que limiten el acceso a los servicios de salud, dando una

---

<sup>11</sup> Lasso Toro P. Atención prenatal ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensam spscol. 2012; 10, 1-11.

<sup>12</sup> Rodríguez Páez FG, Jiménez Barbosa WG, Jiménez González CA, Coral Córdoba AE, Ramírez Solano PC, Ramos Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014; 13(27):212-227

<sup>13</sup> Flórez, C. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia, Revista Nutrición Hospitalaria, Num 3, 2015

<sup>14</sup> Pazmiño S, Guzmán N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna: Análisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 60(1), 12-18.

mala percepción a las gestantes frente a los servicios recibidos. Todo lo anterior en pro de favorecer y acompañar de manera positiva a las maternas en su experiencia, favoreciendo la identificación de causas de riesgo e interviniéndolas y fomentando los factores protectores que conlleven al desarrollo normal de su proceso y aseguren el término de la gestación y el bienestar materno-fetal.

## **4.2. MARCO INSTITUCIONAL**

Cooameva es una Entidad Prestadora de Salud, con larga trayectoria en el país. Inició como una Cooperativa para Médicos del Valle, de allí su nombre, hace aproximadamente 36 años. En 1995 abrió sus puertas como EPS para la población de Cali y posteriormente se fue extendiendo a casi todo el país. En el 2004 fue la primera Entidad Promotora de Salud en el país en recibir la certificación ISO 9001:2000 en todos sus procesos. En su misión y visión actual se hace evidente el deseo de mantener saludable a su población y darse a conocer en el país por la satisfacción de sus usuarios.

Dentro de la Política de Calidad, se enmarca la mejora continua de la entidad y la prestación de servicios con calidad humana y entre sus objetivos de calidad se encuentran la mejora de los procesos que impactan al usuario y aumentar la satisfacción mediante la prestación de servicios humanizados. Los valores institucionales son: solidaridad, honestidad, servicio, trabajo en equipo, cumplimiento de compromisos y confianza.

En Coomeva EPS se realizan actividades de Promoción y Prevención (PyP), de acuerdo a la normatividad vigente. Estas actividades tienen como fin mejorar las condiciones de vida de la población, fomentar la salud y así prevenir la aparición de la enfermedad. Una de las actividades de PyP, es el Programa de Maternidad Segura y Saludable, cuya finalidad es la identificación e intervención temprana de la gestante y su familia, los riesgos asociados a la gestación, parto y puerperio, con el objetivo de lograr que ocurran en las mejores condiciones y evitando en lo posible, las complicaciones para el binomio madre e hijo.

Las actividades del programa son las siguientes:

- Consulta por primera vez y control (aplicación del modelo biopsicosocial) y determinación de criterios de alto riesgo.
- Diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal.
- Vacunación (TD y MMR).
- Ayudas diagnósticas y laboratorio clínico.
- Salud oral.

- Consulta de psicología y nutrición.
- Seguimiento a gestantes POS hospitalizadas.
- Vigilancia estrecha de las gestantes de alto riesgo obstétrico por especialista.
- Atención del parto, posparto y recién nacido.

El modelo del programa de controles prenatales de Coomeva EPS incluye la valoración mensual de la gestante por médico general si está catalogada como bajo riesgo y control mensual por ginecólogo si cumple criterios de alto riesgo obstétrico, con el fin de disminuir las comorbilidades y evitar complicaciones durante su gestación.

### **4.3. MARCO TEÓRICO**

#### **4.3.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

La definición más común para demografía tiene que ver con el estudio estadístico de la población y las variables que la componen, es decir, cómo evoluciona la población en una zona determinada dependiendo de múltiples factores, que pueden estar relacionados con elementos tan diferentes como la política, la salud, los estratos sociales, entre otros.<sup>15</sup>

En ese sentido una caracterización socio demográfica se compone del cruce de variables que interesan de acuerdo con un estudio determinado, por ejemplo, si se quiere analizar la relación entre una enfermedad y el nivel educativo de quienes la padecen, o su edad, o su pertenencia a alguna categoría. Al jugar con todas las variables, comparando cifras y coincidencias, la caracterización socio demográfica puede encontrar similitudes o posibles causalidades para ciertos fenómenos que están asociados, por ello es muy importante definir las variables a utilizar.

Es por esto, que la demografía estudia factores como la densidad, la estructura y la distribución geográfica de la población, pero también la fecundidad, la mortalidad o migraciones que inciden en que dicha población sufra cambios.

---

<sup>15</sup>Palladino, Alberto. Introducción a la demografía, Universidad Nacional del Nordeste, Buenos Aires, 2010.

#### **4.3.1.1 EDAD**

En demografía se entiende la edad como la clasificación dentro de un grupo con determinado número de años, o en franjas comprendidas según ciertos intervalos.

Para fines de la investigación se utilizarán los siguientes intervalos: menores de 15 años, de 16 a 20 años, de 21 a 25 años, de 26 a 30 años, de 31 a 35 años y mayores de 36 años.

#### **4.3.1.2 NIVEL EDUCATIVO**

El nivel educativo de la población puede medirse según una o la combinación de distintas variables<sup>16</sup>. Es importante conocer datos como la tasa de analfabetismo, la posibilidad real de acceder a servicios educativos y los años de escuela cursados, o de otro tipo de educación media o superior. Para esta investigación los diferentes niveles educativos son: primaria incompleta, primaria completa, básica secundaria incompleta, básica secundaria completa – técnico, estudios tecnológicos, estudios profesionales, postgrado especialización, postgrado maestría y postgrado doctorado.

#### **4.3.1.3 ESTADO CIVIL**

Esta categoría también es variable, porque puede haber matices en la manera como se entienden las uniones de pareja, dependiendo de la religión, la ley o las costumbres de una sociedad determinada.

Algunos manuales de demografía definen la categoría del estado civil como “Situación de hecho de la población de 12 o más años en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país. Las clasificaciones son: soltero, casado, viudo, divorciado, anulado.”

En el caso de nuestro país las categorías más frecuentes son: soltero, casado, viudo, unión libre. Cabe destacar que la variable a tener en cuenta a partir sólo de los 12 años es según la legislación chilena, de donde se ha sacado esta definición, pues en Colombia la edad mínima para sostener relaciones sexuales con menores es de 14 años.

---

<sup>16</sup>Logro y nivel educativo de la población, Ministerio de educación y la cultura, Montevideo, 2010.

#### **4.3.1.4 OCUPACIÓN**

Este es un criterio que puede definirse en función de la formalidad en el empleo, el tipo de ocupación, entre otros. Para la investigación manejaremos los siguientes criterios: ama de casa, empleada dependiente, empleada independiente, estudiante y otros. Bajo este último criterio se hará la especificación necesaria.

#### **4.3.1.5 HIJOS**

Dentro de esta categoría caben los hijos biológicos o adoptados que tenga la persona.

#### **4.3.1.6 NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Esta es la categoría más compleja de la demografía porque puede estar sujeta a muchas variables diferentes como los ingresos, la accesibilidad a bienes o servicios, o la carencia del mismo<sup>17</sup>. En Colombia existe la estratificación social, que depende básicamente del lugar de residencia de la persona, siendo los lugares más pobres aquellos de estratos bajos, y los más ricos los estratos altos. Para fines de esta investigación, utilizaremos los estratos socioeconómicos de 1 a 6.

#### **4.3.1.7 CAUSAS DE INASISTENCIA**

Determinación de las razones por las cuales las gestantes no asisten a las actividades programadas del control prenatal.

#### **4.3.1.8 LUGAR DE PROCEDENCIA**

Sitio del cual proviene la gestante, se incluye área urbana y rural, que corresponde al municipio de Cartago y zonas aledañas

#### **4.3.1.9 DIFICULTADES ECONÓMICAS**

Falta de recursos económicos que influyen en la asistencia a las actividades prenatales

#### **4.3.1.10 RED DE APOYO**

Estructura, en la mayoría de las veces familiar, que brinda soporte y ayuda a la mujer embarazada con el proceso de su gestación

---

<sup>17</sup>León Castillo, Luis Alberto. Análisis económico de la población, Universidad Nacional de Lambayeque, Perú 2015.

#### 4.3.1.11 ESTRATEGIAS DE MEJORA

Serie de acciones encaminadas a buscar la disminución de la inasistencia al programa prenatal de acuerdo a los hallazgos de la investigación.

#### 4.4 MARCO CONCEPTUAL

**Adherencia:** Adjetivo que hace alusión a la capacidad de integrarse y asistir a las actividades programadas del control prenatal.

**Alto riesgo obstétrico:** Es un estado donde múltiples factores relacionados con el entorno de la madre gestante amenazan el desarrollo del embarazo e incluso la vida del feto o de la madre.

**Barreras de acceso:** Son aquellas trabas de diverso tipo que existen dentro del sistema de salud y le impiden a los usuarios acceder a los servicios y recibir una atención adecuada.

**Cambios anatómicos:** Son los cambios en la figura y el cuerpo que se sufren durante el embarazo, tales como la ganancia de peso, la predisposición a la lactancia, entre otros.

**Cambios fisiológicos:** Son las adecuaciones que el organismo realiza en su funcionamiento para desarrollar el proceso de gestación, pues órganos como el corazón, o el sistema digestivo comienzan a funcionar de un modo diferente.

**Cambios hormonales:** Son una serie de transformaciones que sufre el metabolismo de la mujer durante el embarazo debido a la activación de hormonas que predisponen la gestación.

**Complicaciones:** Se trata de aquellos eventos que pueden surgir durante la gestación y alterar el proceso o amenazarlo.

**Control prenatal:** Es un mecanismo de prevención en salud que se utiliza para verificar el avance de la gestación y prevenir posibles contratiempos.

**Curso psico-profiláctico:** Preparación psicológica y física de la gestante para el momento del parto. Su objetivo es reducir la ansiedad, la tensión, y el dolor al momento de iniciar las contracciones y al momento de expulsar el bebé. Mediante diferentes técnicas y actividades, se enseña a la materna a eliminar el estrés y el temor hacia los cambios producidos por la gestación y ayudar a estimular al bebé con la estimulación intrauterina.

**Embarazo:** Proceso natural en donde una mujer queda en estado de gestación luego de que por medio de una relación sexual o un procedimiento especializado un óvulo es fecundado por un espermatozoide y se comienza la gestación del feto.

**Embarazo deseado:** Se trata de aquellos embarazos que son premeditados, planeados y buscados a conciencia por la pareja o la madre.

**Enfermedad:** Afectación de la salud que puede deberse a la acción de factores externos como accidentes, infecciones, virus, bacterias, a factores internos como las situaciones autoinmunes o los desórdenes metabólicos.

**EPS:** Entidad Prestadora del Servicio de Salud, desde la ley 100 son todas aquellas empresas privadas que contratan con el Estado la atención a los ciudadanos.

**Etnia:** Características morfológicas como color de piel, contextura corporal, estatura, rasgos faciales, etc. desarrollados en el proceso de adaptación al clima dependiendo del lugar donde se han desarrollado las generaciones anteriores.

**Factores de riesgo:** Aquellos elementos físicos, ambientales, sociales o personales que pueden alterar el normal desarrollo del embarazo.

**Factores sociodemográficos:** Son aquellos relacionados directamente con el entorno social y poblacional en donde se encuentra la madre gestante: la pobreza, el analfabetismo, la falta de infraestructura y atención primaria en salud, entre otros.

**Feto:** Es el embrión desarrollado a partir de un óvulo fecundado por uno o varios espermatozoides, que va experimentando un proceso de gestación y desarrollo a lo largo del embarazo hasta el parto.

**Gestante:** Aquella madre que está experimentando el proceso de gestación, desde el momento en que queda en embarazo hasta el momento del parto.

**Ginecología:** Rama de la medicina que se encarga del aparato urinario y los órganos sexuales femeninos.

**Guías de manejo:** Protocolos usados para llevar a cabo los controles prenatales en las madres gestantes.

**Humanización:** Es un concepto relacionado con establecer pautas de conducta y protocolos de atención al paciente enfocados a un trato más cordial y cercano, en el marco de la calidad y la excelencia.

**Inasistencia:** Sucede cuando las pacientes que son madres gestantes dejan de frecuentar los controles prenatales y no hacen uso de los servicios preventivos que la entidad de salud tiene durante todo el proceso de gestación.

**IPS:** Institución Prestadora de Salud, desde la ley 100 se entiende a estas como los centros especializados, hospitales o clínicas que prestan el servicio de salud, independientemente de si pertenecen al Estado o a entidades privadas.

**Morbilidad:** Es el porcentaje de personas que se ven afectadas por algún tipo de enfermedad en relación con la población.

**Mortalidad:** Es la tasa de muertes asociadas a algún factor, en el caso de las madres gestantes, la muerte de la madre o el feto en relación con el embarazo.

**Neonato:** Es la definición médica que se le da a los niños recién nacidos.

**Obstetricia:** Rama de la medicina que estudia todo lo relacionado con el embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este.

**Promoción y Prevención (PyP):** Son todas las actividades que se realizan por entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad que en nuestro país, están reguladas por la Resolución 412 del 2000.

**Salud:** La salud es un estado completo de bienestar físico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades. OMS 1946

**Servicios de salud:** Según la constitución de 1991 son aquellos servicios garantizados por el Estado en el marco del derecho a la salud que incluyen la atención primaria, secundaria y terciaria, la prevención y la promoción de buenos hábitos saludables.



## .5 MARCO NORMATIVO

NORMA / LEY	FECHA	DESCRIPCIÓN	FUENTE
<b>Constitución Política</b>	1991	En ejercicio de su poder resaltar derechos como: la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social	Asamblea Nacional Constituyente
<b>Ley 100</b>	1993	Ley por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, que es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.	Congreso de Colombia
<b>Decreto 2357</b>	1995	En cuanto al decreto 2357 de 1995 nos dice que se deben organizar estrategias destinadas a proteger la salud de los beneficiarios de los regímenes de salud que incluyan la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia	Ministerio de salud

<b>Resolución 4288</b>	1996	Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. El objeto de esta reglamentación es definir y caracterizar el Plan de Atención Básica - PAB -, fijar sus componentes y las competencias territoriales para su aplicación.	Ministerio de salud y protección social
<b>Acuerdo 117</b>	1998	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención a enfermedades de interés en salud pública. Las EPS deben desarrollar actividades de detección temprana, protección específica y presentar trimestralmente los indicadores de gestión.	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
<b>Resolución 412</b>	2000	Establece por medio de 23 guías, recomendaciones basadas en la evidencia para la intervención de programas de promoción y prevención de enfermedades prioritarias para mejorar la calidad de la atención y el uso racional de los recursos del sistema general de seguridad social en salud.	Ministerio de Salud
<b>Ley 1122</b>	2007	En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo un gran objetivo que es el “mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios”, reformando en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, todo esto beneficiando a la población en general para una atención más segura e integral.	Congreso de la República de Colombia

<b>Resolución 3039</b>	2007	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, con el objetivo de Mejorar el estado de salud de toda la población colombiana evitando desenlaces adversos de la enfermedad, disminuyendo inequidades y enfrentando los retos del envejecimiento poblacional.	Ministerio de la Protección Social
<b>ASIS</b>	2013	Guía metodológica para el Análisis de Situación de Salud a todas las entidades territoriales	Ministerio de Salud y Protección
<b>Resolución 1438</b>	2011	Reforma y fortalece el SGSSS a través de APS para mejorar la calidad en salud creando un ambiente sano y saludable que brinden servicios de calidad.	Congreso de Colombia
<b>Objetivos de desarrollo del milenio informe: objetivo 5</b>	2015	El cual informa la situación actual y las metas propuestas en cuanto a la mortalidad materna e infantil en el mundo.	OMS

## **5. METODOLOGÍA**

Esta investigación buscó determinar las causas de inasistencia de las gestantes al control prenatal, en Coomeva Cartago, durante el periodo comprendido entre enero a octubre de 2016, mediante encuestas telefónicas realizadas a las gestantes inasistentes, previo consentimiento informado.

### **5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Cuantitativa Descriptiva. La cual se realizó por etapas, según diagrama de flujo anexo J.

### **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Se incluyó 67 mujeres gestantes, inscritas en el programa de Control Prenatal desde enero a octubre del 2016, en las unidades de prestación servicios de Coomeva Cartago, y se ajustó de acuerdo a los datos arrojados.

### **5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada gestante detectada como inasistente a los controles prenatales de la Unidad Básica de Atención en Coomeva, Cartago.

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyeron en el estudio todas las gestantes que estaban inscritas en el programa de control prenatal durante el 2016, que fueron detectadas como inasistentes a las actividades (citas con ginecología, medicina general, enfermería, psicología y nutrición), previo consentimiento institucional y consentimiento informado.

### **5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Usuaris que no fueron contactadas telefónicamente y aquellas que no aceptaron hacer parte de la encuesta.

### **5.6 PLAN DE ANÁLISIS**

#### **5.6.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se realizo: Un instrumento (encuesta - instructivo) y un libreto de llamada (ver anexos D, E y F), que fueron utilizados por los investigadores para la recolección de los datos. Previa realización de la encuesta, se aplicó la prueba piloto a 5 mujeres que no hacían parte de la muestra (estos datos no fueron tenidos en cuenta en la investigación).

### **5.6.2 TABULACIÓN DE DATOS**

Se creó un formulario en Epi info 7.2, software de uso libre, para alimentarlo con los datos obtenidos de la investigación.

### **5.6.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

La información se analizó con estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, pruebas estadísticas valor de P y CHI<sup>2</sup>

### **5.6.4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados se presentaron en cuadros.

### **5.7 COMPONENTE BIOÉTICO**

En fundamentación a la resolución 008430/1993, el equipo investigador encontró que esta investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, por ser una actividad académica. Se aplicó consentimiento institucional, (ver anexo C) y se aplicó consentimiento informado y entendido a cada unidad análisis (ver anexos D, E y F).

### **5.8 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL**

El equipo investigador se compromete a responsabilizarse de las acciones medioambientales, relacionadas con el estudio, hacer uso de la información en medio magnético y evitar en lo posible el uso de papel.

### **5.9 RESPONSABILIDAD SOCIAL**

El trabajo va a ofrecer información acerca de la causa de inasistencia de las gestantes a los controles prenatales. Con dichos resultados se creó un Plan de Mejora (ver anexo I), para disminuir el porcentaje de inasistencia en gestantes de Coomeva EPS Cartago.

### **5.10 DIFUSIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados de la investigación, fueron entregados en medios magnéticos a la auditora regional de prestación de servicios del eje cafetero de Coomeva EPS y fueron socializados en evento académico en el mes de marzo en la Fundación Universitaria del Área Andina.

## **5.11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **5.11.1 CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO (ver Anexos G y H)**

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Análisis unidimensional

#### 6.1.1 Variables sociodemográficas

**Cuadro 1.** Distribución de la caracterización sociodemográfica de las gestantes inasistentes a los controles prenatales en Coomeva Cartago durante los primeros cinco bimestres del 2016.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Edad	< 15	1	1,49	0,04 - 8,04
	> 35	2	2,99	0,36 - 10,37
	16 – 20	12	17,91	9,61 - 29,20
	21 – 25	20	29,85	19,28 - 42,27
	26 – 30	16	23,88	14,31 - 31,86
	31 – 35	16	23,88	14,31 - 35,86
Nivel educativo	Estudios profesionales	14	20,9	11,92 - 32,57
	Estudios tecnológicos	14	20,9	11,92 - 32,57
	Secundaria completa	25	37,31	25,80 - 49,99
	Secundaria incompleta	14	20,9	11,92 - 32,57
Estado civil	Casada	17	25,37	15,53 - 37,49
	Soltera	11	16,42	8,49 - 27,48
	Unión libre	39	58,21	45,52 - 70,15
Ocupación	Ama de casa	22	32,84	21,85 - 45,40
	Empleada dependiente	35	52,24	39,67 - 64,60
	Empleada independiente	5	7,46	2,47 - 16,56
	Estudiante	5	7,46	2,47 - 16,56
Número de hijos	1 – 2	23	34,33	23,15 - 46,94
	3 – 4	1	1,49	0,04 - 8,04
	Primer embarazo	43	64,18	51,53 - 75,53
Nivel socioeconómico	1	12	17,91	9,61 - 9,20
	2	26	38,81	27,14 - 51,50
	3	20	29,85	19,28 - 42,27

	4	8	11,94	5,30 -22,18
	5	1	1,49	0,04 - 8,04
Tipo de afiliación	Beneficiario	32	47,76	35,40 - 60,33
	Cotizante	30	44,78	32,60 - 57,42
	Cotizante secundario	5	7,46	2,47 - 16,56
Régimen de afiliación	Contributivo	65	97,01	89,63 - 99,64
	Subsidiado	2	2,99	0,36 - 10,37

Según los hallazgos obtenidos, se reflejó que el mayor porcentaje de gestantes se encontraba entre los 21 a 35 años de edad. Respecto al nivel educativo la tercera parte de la población tenía bachillerato completo.

En cuanto al estado civil, un alto porcentaje de las gestantes se encontraban en unión libre. Referente a la ocupación, la gran mayoría de las gestantes refirieron tener un vínculo laboral dependiente, seguido de labores propias del hogar. De acuerdo al número de hijos se halló que gran parte de las encuestadas se encontraban cursando su primera gestación.

#### 6.1.2 Variable causas de inasistencia de las gestantes a los controles.

**Cuadro 2.** Distribución de las causas de inasistencia de las gestantes a los controles prenatales en Coomeva Cartago durante los primeros cinco bimestres del 2016.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Lugar de procedencia	Alcalá	1	1,49	0,04 - 8,04
	Ansermanuevo	2	2,99	0,36 - 10,37
	Cartago (área rural)	3	4,48	0,93 - 12,53
	Cartago (área urbana)	55	82,09	70,80 - 90,39
	Istmina - Chocó	1	1,49	0,04 - 8,04
	La Unión	1	1,49	0,04 - 8,04
	Obando	3	4,48	0,93 - 12,53
	Toro	1	1,49	0,04 - 8,04
Dificultades económicas	no	53	79,1	67,43 - 88,08
	si	14	20,9	11,92 - 32,57
Tipo de	bajo presupuesto	12	17,91	9,61 - 29,20



dificultades económicas	falta de empleo	2	2,99	0,36 - 10,37
	no aplica	51	76,12	64,14 - 85,69
	solo trabaja una persona del grupo familiar	2	2,99	0,36 - 10,37
Red de apoyo	si	67	100	94,64 - 100,00
Tipo de red de apoyo	familiar	64	95,52	87,47 - 99,07
	social	3	4,48	0,93 - 12,53
Conoce la importancia de los controles	no	4	5,97	1,65 - 14,59
	si	63	94,03	85,41 - 98,35
Causa de inasistencia	control con ginecólogo	1	1,49	0,04 - 8,04
	controles por MP	1	1,49	0,04 - 8,04
	desafiliación	2	2,99	0,36 - 10,37
	dificultad en el acceso de los servicios	4	5,97	1,65 - 14,59
	falta de permisos laborales	1	1,49	0,04 - 8,04
	negligencia	48	71,64	59,31 - 81,99
	problemas económicos	8	11,94	5,30 - 22,18
	trámites administrativos	2	2,99	0,36 - 10,37

Según los resultados obtenidos con la investigación, se encontró que la gran mayoría de las gestantes no refirieron dificultades económicas que influyeran en la asistencia a los controles prenatales; el mínimo porcentaje que refirió dificultad lo asoció a bajo presupuesto. Con respecto a la red de apoyo, toda la población objeto de estudio refirió tenerla y en un alto porcentaje, fue de tipo familiar. En cuanto a la variable de conocimiento de la importancia de los controles prenatales, la mayoría de las encuestadas conocían la importancia de la asistencia. Es de resaltar que, al indagar las causas, la negligencia es la principal, seguida por problemas económicos en un mínimo porcentaje comparado con la anterior.

## 6.2 Análisis bidimensional

Al realizar el cruce de variables unidimensionales más relevantes, no se encontró ninguna relación estadística, que indicara posible asociación entre ellas.

### **6.3 Variable estrategias de mejora.**

Para dar respuesta al objetivo número tres, se creo un plan de accion, ver anexo I.

### **6.4 Discusión de los resultados**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), confirma que gran parte del éxito de un embarazo y de la salud del binomio madre – hijo, depende en gran medida de la asistencia a los controles prenatales y de la detección temprana y manejo de patologías que puedan afectarlos durante esta etapa.<sup>18</sup>

La importancia del control prenatal, radica en las herramientas que brinda al equipo de salud, para prevenir, identificar e intervenir factores de riesgos físicos y psicosociales identificados en las gestantes y la preparación a la mujer embarazada para llegar a un parto normal, brindando bienestar no solo a la madre y a su hijo, sino además contribuyendo a la armonía de su entorno familiar y social.

Sin embargo, no todas las mujeres asisten a los controles asignados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por diversas causas, entre las cuales se pueden identificar: problemas económicos, falta de red de apoyo, dificultad con permisos laborales, barreras de acceso, falta de educación e incluso desinterés de la gestante para asistir a sus controles.

En Colombia con la implementación de la resolución 412 del 2000, se crearon protocolos en salud, para garantizar la atención a la gestante que se encuentra en constante cambio fisiológico y psicosocial<sup>19</sup>. Posteriormente con la resolución 256 del 2016, se hace necesario garantizar la calidad en la atención prestada, sin embargo se debe realizar un abordaje del control prenatal, desde una perspectiva más humana, brindando una atención en términos de calidad y buen servicio, claves para generar impacto no solo a nivel individual, sino también colectivo y promover el cambio de actitud de muchos trabajadores de la salud que se terminan convirtiendo en la primera barrera de acceso para las usuarias.<sup>20</sup>

---

18. Organización Mundial de la Salud.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/impac/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/)

<sup>19</sup>. República de Colombia Ministerio de salud, y Protecciónn Social Resolución 00412 de febrero del 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. 25 de febrero del 2000. Tomo I. 119 – 154Ministerio de salud y protección social.

<sup>20</sup>Resolución 256 del 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. 5 de Febrero del 2016. Tomo I. 1- 28.

Coomeva EPS en su misión y visión actual, tiene como prioridad mantener saludable a su población y darse a conocer en el país por la satisfacción de sus usuarios. Es por ello que, en su Política de Calidad, promueve la mejora continua de la entidad y la prestación de servicios con calidad humana, y entre sus principales objetivos esta el mejorar procesos que logren impactar al usuario y por ende, aumentar la satisfacción mediante la prestación de servicios humanizados.

El Programa de Maternidad Segura y Saludable de Coomeva, tiene como finalidad la identificación e intervención temprana de la gestante y su familia, los riesgos asociados a la gestación, parto y puerperio, con el objetivo de lograr las mejores condiciones y evitando en lo posible, las complicaciones para el binomio madre e hijo<sup>21</sup>.

Esta investigación tiene como propósito identificar las causas de inasistencia a los controles prenatales de las gestantes en los primeros cinco bimestres del 2016 en Coomeva Cartago, y con ello generar un plan de mejora para lograr mayor impacto en las gestantes, logrando reducir la inasistencia al programa y probablemente disminuyendo el riesgo de complicaciones durante este ciclo vital.

Múltiples estudios coinciden en que la población procedente del área rural tiene mayores dificultades para el acceso a servicios de salud, incluyendo los controles prenatales, por la geografía del país. En la población estudiada gran parte de las mujeres gestantes inasistentes, pertenecen al perímetro urbano de la ciudad de Cartago, por lo tanto, para esta población no existe una barrera geográfica que dificulte el acceso a los servicios<sup>22</sup>

En algunas investigaciones se evidencian características sociodemográficas comunes de las gestantes inasistentes al programa, entre ellas se documentan: rango de edad entre 21 a 40 años, nivel educativo de secundaria completa, datos que coinciden con la investigación actual, infiriendo que la edad y el nivel educativo no son variables determinantes para la inasistencia a sus controles rutinarios.<sup>23</sup>Adicionalmente, con respecto al estado civil, los estudios coinciden en que la mayor parte de las gestantes inasistentes conviven en unión libre con sus parejas. \_\_\_\_\_

<sup>21</sup>Portal Coomeva <http://eps.comeva.com.co/publicaciones.php?id=9663> (ultimo acceso 15/02/2017).

<sup>22</sup> Malagon Diaz ZS. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia. Universidad CES y Rosario.2011. 15 de Febrero del2017.1-66.

<sup>23</sup>Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzalez C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. Revista médica Herediana. 2011. 15 de Febrero del 2017. Vol 22. 1- 7.

En cuanto a la ocupación, el estudio refleja que gran parte de la muestra durante la gestación, contaba con un vínculo laboral, lo cual representa ingresos económicos propios e independencia en ciertos aspectos, comparado con estudios similares en los cuales la mayor parte de la población dependía económicamente de sus cónyuges o de algún integrante de la familia.

La mayoría de la población encuestada no presentó problemas económicos que interfirieran en su asistencia y contaba con una red de apoyo de tipo familiar. Casi todas las usuarias conocían la importancia de los controles prenatales, denotando negligencia como principal factor contribuyente a la inasistencia al programa, situación preocupante ya que no se vincula a causas internas de la institución prestadora de salud, pero la afecta directamente. Comparando con las causas de inasistencia de otros estudios que muestran desconocimiento de la importancia de los controles, barreras para el acceso y experiencias negativas con el personal de salud, la población del estudio actual refirió percibir el servicio prestado como bueno. La entidad debe implementar estrategias novedosas y llamativas, que generen mayor impacto educativo en las usuarias y de esta manera incrementen la adherencia al programa. Identificar las usuarias con perfil de inasistentes y realizarles un seguimiento estrecho para evitar complicaciones en su gestación.

## **7. CONCLUSIONES**

1. El grupo de riesgo identificado en la actual investigación, como inasistente a los controles prenatales está compuesto por primigestantes, entre los 21 a 35 años, con nivel de educación básica secundaria, procedentes de área urbana de Cartago, que conviven en unión libre con sus parejas.
2. La negligencia es el principal factor para la inasistencia, para asistir al control prenatal
3. No se encontraron barreras geográficas significativas, que interfieran con la asistencia a los controles.
4. El conocimiento de la importancia de la asistencia al programa es alto.
5. La mayoría de las gestantes no relacionaron los problemas económicos como causa de su inasistencia.
6. La mayoría de las inasistencias son a los programas de psicología, seguidos por nutrición, medicina general, enfermería y un mínimo porcentaje a ginecología.

## **8. RECOMENDACIONES**

Ver Plan de Mejora en anexo I.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bogotá. Alcaldía Mayor. Resolución 1709 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. Bogotá: Alcaldía (Oct. 14 2014).
- 2) Álvarez, J. S., Caballero, F., Castaño Castrillón, J. J., Escobar, D. M., Franco, Á. M., Gómez, P., & Mosquera, P. Cumplimiento de las actividades de promoción y prevención en el control prenatal en una entidad de 1° nivel, Manizales, años 2005-2007. Arch. Med. 2010; 10(1), 19-30.
- 3) Baez E, Velásquez HA. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev.Cuba.enferm; 1995; 11 (1):57-63.
- 4) Barboza Retana J, Leal Mateos M, Características del control prenatal y el parto de las mujeres inmigrantes atendidas en el Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia". Acta Médica Costarricense. 2008; 50:107-111.
- 5) Blossier,C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal, rev. Perú. Med. Exp, salud pública, 2010, vol 27,1-11
- 6) Cáceres-Manrique FdeM. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol 2009; 60 (2): 165 – 170.
- 7) Camacho JP, Castaño JJ, Chaves JS, Correa J, Giraldo JF. Evolución de la tensión arterial en gestantes sanas inscritas en el programa de control prenatal de una entidad de primer nivel de atención en Manizales - Colombia. 2010-2013.14,1-12.
- 8) Castillo Ávila IY, Villarreal Villanueva MP, Olivera Correa E, Pinzón Consuegra A, Carrascal Soto H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia promoc.salud. 2014; 19(1):128-140.
- 9) Córdoba R, Escobar L P, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata. RFS. 2009; 4 ( 1): 39-49.
- 10) Faneite A P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L, Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? Rev Obstet Ginecol Venez . 2009; 69(3): 147-151.

- 11) Fuentes Fernández R, Oporto Venegas G, Alarcón A.M, Bustos Medina L, Prieto Gómez R, Rico Williams H, Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 25 (3): 147-154.
- 12) Garza Elizondo M E, Rodríguez Casas M S, Villarreal Ríos E, Salinas Martínez A M, Núñez Rocha G M, Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2003; 77 (2): 267-274.
- 13) Giacomini-Carmioli L, Leal-Mateos M. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de Obstetricia, Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia", 2010. *Acta Méd Costarric*. 2012; 54, 97-101.
- 14) Hernández AM, Vásquez ML. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Rev Univ. salud*. 2015; 17 (1):80-96.
- 15) Ickovics J, Kershaw T, Westdahl C. Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2008; 110 (2): 330 – 339.
- 16) Ickovics J, Reed E, Magriples U, Westdahl C. Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Psychol Health* 2011; 26 (2): 235-50.
- 17) Kotelchuck, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *American Journal of Public Health* 1994; 84 (9):1414-1420.
- 18) Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counseling Issues. *American Family Physician* 2005; 71 (7): 1307 – 1316.
- 19) Llombart V, Pécora A, Furfaro K, San Martín M E, Cantero A, Jankovic M P, Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2008; 27:114-119.
- 20) Malagón, SS. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, universidad del rosario, CES y posgrado en epidemiología, 2011, 1-66.
- 21) Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control

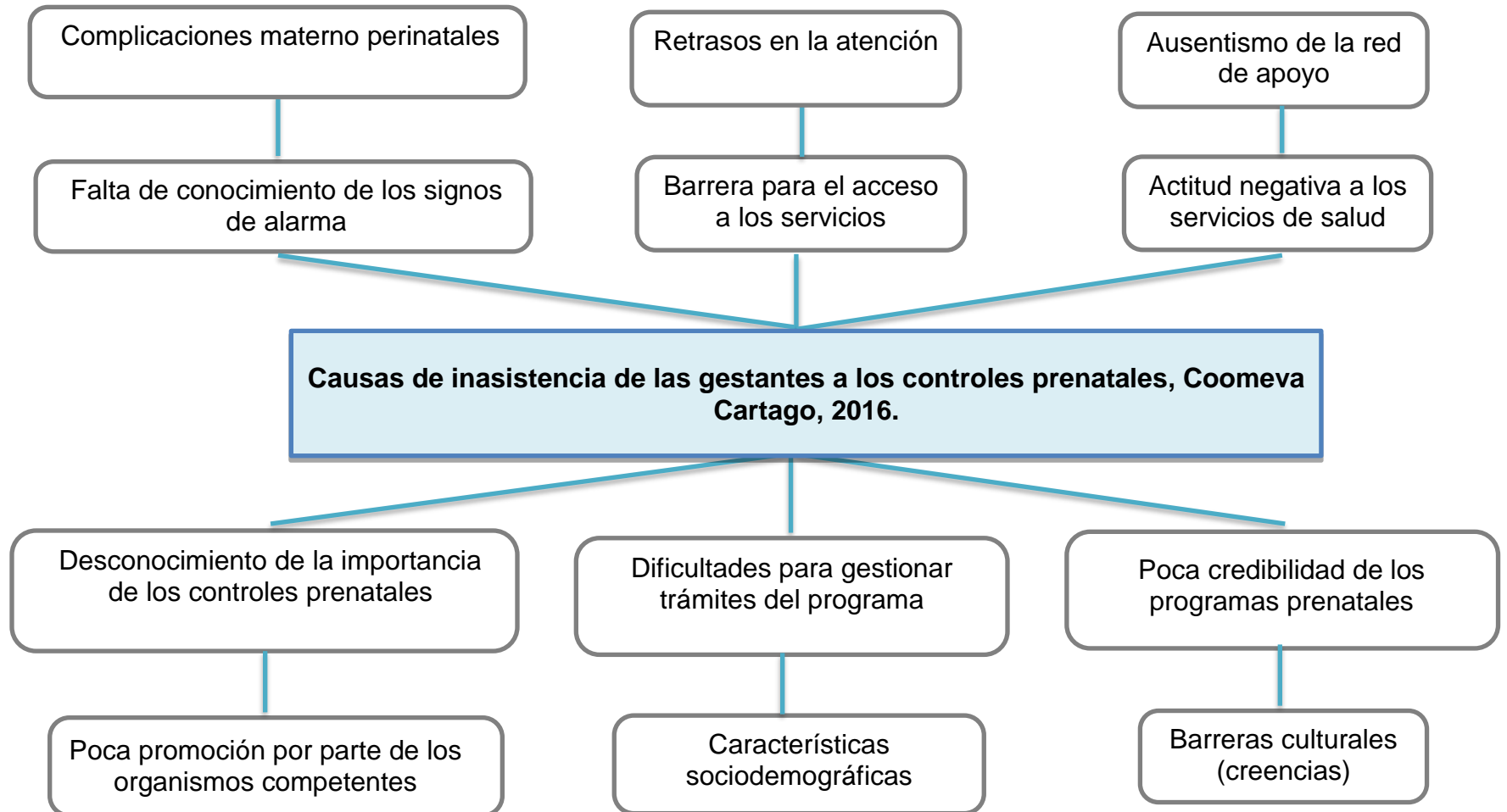


prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol. 2015; 80(4): 306-315.

- 22) Munares García OF. Factores asociados al abandono del control prenatal. Instituto nacional perinatal. 2011, 1-109.
- 23) Navarro C, González J, Schmidt J. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. Nutr Hosp. 2015; 32(3):1091-1098.
- 24) Ortiz E. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo: Medicina basada en la evidencia. Colombia Médica Vol. 32 N° 4, 2001.
- 25) Panduro Baron, G. Jiménez Castellano, PM. Molina. Panduro Moore, Peraza Martínez, EG. embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales, ginecol obstet, 2012, 694- 704.
- 26) Paredesa I, Hidalgo L, Chedraui P. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2005; 88 (2): 168 – 172
- 27) Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M J, Sanhueza G, Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. Salud pública Méx 2013; 55 ( 6 ): 572-579
- 28) Portal Coomeva <http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=9663> (ultimo acceso 16/06/2016).
- 29) Psychol Health. 2011 Feb; 26 (2):235-50. doi: 10.1080/08870446.2011.531577.
- 30) Colombia. Bogotá. Alcaldía de, Constitución Política. en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de Dios, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana, decreta, sanciona y promulga. Bogotá: Alcaldía; 1991.

- 31) Colombia. Congreso de la republica de. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148 (Dic. 23 1992)
- 32) 1-90, <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>, (ultimo Acceso 13 de Junio del 2016)
- 33) Colombia. Congreso de. Ley 1122 del 2011. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia: Congreso;2011.
- 34) Colombia. Congreso de. Ley 1438 del 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de;2011.
- 35) Rico Venegas RM, Ramos Frausto, VM, Martínez PC. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. 2012. Vol 8. pag 1-11.
- 36) Rodríguez FG, Jiménez WG, Jiménez CA. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. 2014; 13 (27).
- 37) Rodríguez Páez FG, Jiménez Barbosa WG, Jiménez González CA, Coral Córdoba AE, Ramírez Solano PC, Ramos Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014; 13(27):212-227.
- 38) Ruiz M, Hernández A, Cáceres FdM. La atención prenatal: una mirada desde los profesionales de la salud. estudio cualitativo. Bucaramanga (Colombia), 2012. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2015;66:103-109.
- 39) Sanchez, J. Escudero, F. Riesgo materno perinatal en gestantes mayores de 35 años, ginecología y obstetricia, 2000, vol: 46, pág. 1-7.
- 40) Salazar, M. Pacheco, J. Spaglia, L. Lama, J. Monaylla, R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbilidad materna y perinatal. Ginecod. obstet, 1999, vol: 2, 1-7.
- 41) Sociedad peruana de obstetricia y ginecología. Estado actual de las mortalidad materna en los hospitales de Perú, ginecod. Obstet, 1999, vol: 45(1), 38-42.
- 42) Vasconcelos MA, Fernández G, Santos C, Méndez de Araujo V. La calidad de la asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. 2014;14, 1-11.

**ANEXO A**  
**ÁRBOL DEL PROBLEMA**



## ANEXO B

### MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	FUENTE	INDICADOR	PREGUNTA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde el momento de su nacimiento.	Intervalo	Secundaria	Frecuencia según edad	<15,
					15 - 20,
					20 - 25,
					25 -30,
					30 -35,
					>35
Nivel Educativo	Son los tramos del sistema educativo que acreditan y certifican el proceso educativo del individuo.	Nominal	Secundaria	% según nivel educativo	analfabeta, primaria básica, secundaria completa, secundaria Incompleta, universitaria, posgrado
Estado Civil	Situación jurídica en la familia y la sociedad de toda persona.	Nominal	Secundaria	% según estado civil	Soltera, casada, unión libre, viuda
Ocupación	Empleo u oficio de una persona	Nominal	Secundaria	% según ocupación	ama de casa, empleado, independiente, empleado dependiente, otro(especificar)
Hijos	Relación de consanguinidad entre padres e hijos	Intervalo	Secundaria	# de hijos	<1 1 - 3 3 - 5 >5

Nivel Socioeconómico	Medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.	Nominal	Secundaria	% según nivel socioeconómico	Alto Medio Bajo
Lugar de Procedencia	Refiere al sitio o lugar del que proviene un individuo.	Nominal	Secundaria	% lugar por procedencia	Rural Urbano
Dificultades Económicas	Son todos aquellos aprietos o dificultades que afectan al individuo desde aspectos monetarios.	Nominal	Primaria	% por dificultades económicas	Si (especificar), No
Red de Apoyo	Estructura que brinda algún tipo de ayuda a alguien o algo	Nominal	Primaria	% red de apoyo	Si (especificar), No

**ANEXO C**  
**CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL**



Pereira, Risaralda 16/06/16

**Fundación Universitaria del Área Andina**  
**A quien pueda interesar**

Cordial saludo

Por medio de la presente, **COOMEVA EPS Regional Eje Cafetero**, autoriza al grupo investigador conformado por Johanna María Giraldo CC 31432656, Diana Alejandra Marín CC 1093224714, Ángela Cristina Mejía CC 1112767395 y Ross Dahiana Penagos CC 1088249791, a realizar el proyecto de investigación **"CAUSAS DE INASISTENCIA DE LAS MUJERES GESTANTES A LOS PROGRAMAS DE CONTROL PRENATAL EN UBA COOMEVA CARTAGO EN EL 2016"**.

Igualmente solicito que los hallazgos de la investigación sean socializados con nuestra Institución.

Cordialmente.

**Adriana Lizette Parra Zapata**  
**Auditora Regional de Prestación de Servicios**  
**Coomeva Sector Salud**  
**Eje Cafetero**

## ANEXO D

### ENCUESTA - CAUSAS DE INASISTENCIA DE GESTANTES A CONTROL PRENATAL, COOMEVA CARTAGO 2016

**Objetivo:** Recolectar la información para determinar las causas de inasistencia de gestantes a control prenatal, COOMEVA, Cartago 2016.

1. La gestante Acepta hacer parte del proyecto de investigación?

- a. Si
- b. No

2. Seleccionar con una x el rango de edad al que pertenece:

- a. <15 años
- b. 16 – 20
- c. 21 – 25
- d. 26 – 30
- e. 31 – 35
- f. > 36 años

3. Régimen de afiliación es:

- a. Contributivo
- b. Subsidiado

4. Afiliación a la EPS:

- a. Cotizante
- b. Cotizante secundario
- b. Beneficiaria

5. Señalar con una X el nivel educativo:

- a. Primaria incompleta
- b. Primaria completa
- c. Básica secundaria incompleta
- d. Básica secundaria completa – técnico
- e. Estudios Tecnológicos
- f. Profesional
- g. Postgrado especialización
- h. Postgrado maestría

i. Postgrado doctorado

6. Seleccionar con una X Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión libre
- d. Separada
- e. Viuda

7. Señalar con una X el número de hijos de la gestante si no tiene hijos señale <1

- a. <1
- b. 1 – 2
- c. 3 – 4
- d. > 5

7. Señale con una X de acuerdo a su lugar de procedencia:

- a. Área urbana de Cartago
- b. Área rural de Cartago
- c. Toro
- d. La Unión
- e. La Victoria
- f. Puerto Caldas
- g. Ansermanuevo
- h. Otros (especificar)

9. Seleccionar con una X nivel socioeconómico:

- a. Estrato 1 (bajo-bajo)
- b. Estrato 2 (bajo)
- c. Estrato 3 (medio –bajo)
- d. Estrato 4 (medio)
- e. Estrato 5 (medio –alto)
- f. Estrato 6 (alto)

10. Se presentaron dificultades económicas que impidieran la asistencia a los controles prenatales, Señale con una X según corresponda

- a. Si
- b. No



11. Si la respuesta anterior fue si, escoger una de las siguientes opciones, cuál sería la causa

- a. Bajo presupuesto
- b. Falta de empleo
- c. Solo trabaja una persona del grupo familiar
- d. Otras (especifique)
- e. No aplica

12. Señale con una X Ocupación:

- a. Ama de casa
- b. Empleada dependiente
- c. Empleada independiente
- d. Estudiante
- e. Otros (especificar)

13. Señalar con una X si presenta dificultades para la asistencia a los controles prenatales relacionados con la empresa donde laboró, le dieron permiso?

- a. Si
- b. No
- c. No aplica

14. Seleccionar si contaba con red de apoyo durante su gestación

- a. Si
- b. No

15. Si la respuesta anterior fue si, escoger entre las siguientes opciones

- a. Red de apoyo familiar
- b. Red de apoyo social
- c. Red de apoyo comunitario
- d. Ninguno

16. Seleccionar con una X como percibió el trato recibido por el personal de salud durante la gestación.

- a. Bueno
- b. Malo

17. Seleccionar con una X si refiere le explicaron la importancia de la asistencia a los controles prenatales?

- a. Si
- b. No

18. Causa de inasistencia al control prenatal referida:

- a. Desafiliación
- b. Falta de Red de apoyo
- c. Trámites administrativos
- d. Dificultad en el acceso
- e. Problemas económicos
- f. Negligencia

17. Escribir si refiere alguna recomendación para implementar con respecto al programa?

---

---

---

---

## ANEXO E

### INSTRUCTIVO - CAUSAS DE INASISTENCIA DE GESTANTES A CONTROL PRENATAL, COOMEVA CARTAGO, 2016.

**OBJETIVO:** Recolectar la información para determinar las causas de inasistencia de gestantes al control prenatal, Coomeva Cartago durante el 2016

**ALCANCE:** Dicho instrumento estará dirigido a todas las gestantes detectadas como inasistentes a los programas de control prenatal en Coomeva Cartago durante los primeros cinco bimestres del 2016.

**COMO:** La Institución brindará un listado de la población objeto, la cual será contactada telefónicamente para diligenciar el instrumento previo consentimiento verbal del entrevistado.

**CUANDO:** Este formato será aplicado en el primer trimestre del 2017.

**TIEMPO:** El diligenciamiento del formato no requerirá más de diez minutos para cada mujer que autorice participar del estudio.

A continuación se despliega cada pregunta y el instructivo para resolver las mismas.

1. Acepta hacer parte del proyecto de investigación?
  - a. Si: selecciona con una x si la gestante autoriza hacer parte de la investigación.
  - b. No: seleccione con una x si la gestante no autoriza hacer parte de la investigación
  
2. Seleccione el rango de edad al que usted pertenece:
  - a. <15 años: seleccione con una X si tiene menos de 15 años
  - b. 16 – 20: seleccione si tiene entre 16 y 20 años de edad
  - c. 21 – 25: seleccione si tiene entre 21 y 25 años
  - d. 26 – 30: seleccione si tiene entre 26 y 30 años
  - e. 31 – 35: seleccione si tiene entre 31 y 35 años
  - f. > 36 años: seleccione si tiene más de 36 años
  
3. Su régimen de afiliación es:

- a. Contributivo: seleccione si pertenece al régimen subsidiado
  - b. Subsidiado: seleccione si pertenece al régimen contributivo
4. Su afiliación a la EPS es como:
- a. Cotizante: seleccione si la encuestada aparece como cotizante en la base de datos de la EPS.
  - b. Cotizante secundario: si la encuestada aparece como cotizante secundaria en la base de datos de la EPS
  - c. Beneficiaria: Seleccione si el encuestado aparece como beneficiario en la base de datos de la EPS.
5. Señale con una X su nivel educativo:
- a. Primaria incompleta: Seleccione si no terminó hasta 5to primaria
  - b. Primaria completa: Seleccione sí terminó 5to primaria
  - c. Básica secundaria incompleta: Seleccione si no terminó grado 11
  - d. Básica secundaria completa: Seleccione sí terminó grado 11
  - e. Estudios tecnológicos: seleccione si realizó estudios tecnológicos
  - f. Profesional: Seleccione si tiene estudios universitarios completos
  - g. Postgrado especialización: Seleccione si termino estudios de especialización
  - h. Postgrado maestría: Seleccione sí terminó estudios de maestría
  - i. Postgrado doctorado: Seleccione sí terminó estudios de doctorado
6. Señale con una X su Estado civil:
- a. Soltera: Seleccione si no tiene pareja en el momento
  - b. Casada: Seleccione si es casada legalmente
  - c. Unión libre: Seleccione si convive en pareja sin vínculo legal
  - d. Separada: Seleccione si se encuentra separada o divorciada
  - e. Viuda: Seleccione si su compañero o pareja falleció
7. Señale con una X su número de hijos:
- a. si no tiene hijos señale <1: Seleccione si no tiene hijos y esta es su primera gestación
  - b. 1 - 2: Seleccione si tiene entre 1 o 2 hijos, sin tener en cuenta su gestación actual
  - c. 3 - 4: Seleccione si tiene entre 3 a 4 hijos, sin tener en cuenta su gestación actual
  - d. > 5 :Seleccione si tiene más de 5 hijos, sin tener en cuenta su gestación actual

8. Señale con una X su lugar de procedencia
- a. Área urbana de Cartago. Si vive en el área urbana de Cartago
  - b. Área rural de Cartago. Si vive en el área rural
  - c. Toro si vive en el municipio de Toro
  - d. La Unión si vive en el municipio de La Unión
  - e. La Victoria si vive en el municipio de la victoria
  - f. Puerto Caldas si vive en el municipio de Puerto caldas, Risaralda
  - g. Ansermanuevo, si vive en el municipio de Ansermanuevo
  - h. Otros (especificar)

9. Señale con una X su nivel socioeconómico
- a. Estrato 1 bajo - bajo: Seleccione de acuerdo a su lugar de vivienda
  - b. Estrato 2 bajo: Seleccione de acuerdo a su lugar de vivienda
  - c. Estrato 3 medio bajo: Seleccione de acuerdo a su lugar de vivienda
  - d. Estrato 4 medio: Seleccione de acuerdo a su lugar de vivienda
  - e. Estrato 5 medio alto: Seleccione de acuerdo a su lugar de vivienda
  - f. Estrato 6 alto: Seleccione de acuerdo a su lugar de vivienda

10. Ha tenido dificultades económicas que impidan su asistencia a los controles prenatales, Señale con una X según corresponda

- a. Si: seleccione si ha tenido dificultades económicas que impiden la asistencia a los controles prenatales.
- b. No: seleccione si no ha tenido dificultades económicas que impiden la asistencia a los controles prenatales.

11. Si la respuesta anterior fue si, escoja entre las siguientes opciones cual sería la causa

- a. Bajo presupuesto: seleccione si el presupuesto económico no le permitió asistir a los controles prenatales.
- b. Falta de empleo: seleccione si la falta de empleo fue un factor que no permitió la asistencia a los controles prenatales.
- c. Solo trabaja una persona del grupo familiar: seleccione si el ingreso económico de la familia está representado por una sola persona y esto no permitió la asistencia a los controles prenatales.
- d. Otras (especifique): seleccione no corresponde a ninguna de las anteriores y justifique la respuesta.

12. Señale con una X su Ocupación:

- a. Ama de casa: Seleccione si su oficio exclusivo es el cuidado del hogar
- b. Empleada dependiente: Seleccione si sus ingresos dependen de una empresa
- c. Empleada independiente: Seleccione si sus ingresos dependen de labor propia
- d. Otros (especificar): Especifique si no cumple con ninguno de los anteriores

13. Ha tenido dificultades para la asistencia relacionadas con su empresa donde labora, porque no le dieron permiso

- a. Si: Seleccione no, si la empresa para la cual labora no le ha puesto barreras para la asistencia a los controles prenatales
- b. No: Seleccione sí, si la empresa para la cual labora no autoriza los permisos para la asistencia a los controles prenatales
- c. No aplica: Seleccione no aplica en caso que no labore

14. Cuenta o contó con red de apoyo durante su gestación:

- a. Si: Seleccione sí contó con apoyo familiar, comunitario o social durante la gestación
- b. No: Seleccione si no tuvo red de apoyo suficiente durante su gestación

15. Si la respuesta anterior fue sí, escoja entre las siguientes opciones

- a. Red de apoyo familiar: Seleccione si su apoyo fue brindado por la red familiar (esposo, madre, padre, hermanos e hijos, suegros, etc)
- b. Red de apoyo social: Seleccione si su red de apoyo corresponde a amigos, compañeros laborales, etc
- c. Red de apoyo comunitario: Seleccione si su red de apoyo corresponde a vecinos, guarderías, escuelas, etc.

16. Como percibió el trato recibido por el personal de salud:

- a. Bueno: Seleccione si considera que el trato recibido por el personal de salud fue bueno y favoreció la asistencia a los controles
- b. Malo: Seleccione si considera que el trato recibido por el personal de salud no fue adecuado

17. ¿Le explicaron la importancia de la asistencia a los controles prenatales?

- a. Si : seleccione si el encuestado refiere que si le explicaron la importancia de los controles prenatales.
- b. No: selecciones si el encuestado refiere no le explicaron la importancia de los controles prenatales.

18. La causa de su inasistencia al control prenatal fue:

- a. Desafiliación: Seleccione si el encuestado refiere considerar la desafiliación como causa de la inasistencia a los controles prenatales.
- b. Falta de Red de apoyo: Seleccione si el encuestado refiere considerar la falta de red de apoyo como causa de la inasistencia a los controles prenatales.
- c. Trámites administrativos: Seleccione si el encuestado refiere considerar los trámites administrativos como causa de la inasistencia a los controles prenatales.
- d. Dificultad en el acceso: Seleccione si el encuestado refiere considerar la dificultad en el acceso como causa de la inasistencia a los controles prenatales.
- e. Problemas económicos: Seleccione si el encuestado refiere considerar los problemas económicos como causa de la inasistencia a los controles prenatales.
- f. Negligencia: seleccione si se evidencia del encuestado conocimiento pero falta de intención para la asistencia a los controles prenatales.

19. Tiene alguna recomendación para implementar con respecto al programa?  
Este espacio se deja para diligenciar lo referido por el encuestado, para su posterior categorización.

**ANEXO F**  
**LIBRETO DE LLAMADA**  
**CAUSAS DE INASISTENCIA DE GESTANTES A CONTROLES PRENATALES,**  
**COOMEVA CARTAGO 2016.**

1. Buenos días señor (a) – buenas tarde señor (a)

2. Se encuentra (se cita el nombre y apellido de la gestante)

En caso tal de lograr el contacto con la persona solicitada, continuar el desarrollo de la encuesta, de lo contrario aplicar el ítem número 14.

3. Mi nombre es: \_\_\_\_\_, soy estudiante de la Fundación Universitaria del Área Andina, en conjunto con Coomeva Cartago, se está realizando un estudio sobre las causas de inasistencia a los controles prenatales.

4. Dispone usted tiempo para responder algunas preguntas? Es una encuesta corta y sencilla.

5. Señora.... (Se cita el nombre de la persona a encuestar) ¿Acepta ser parte de nuestra investigación?

- Si la respuesta al ítem número 5 es negativa: realizar el punto número 14.
- Si la respuesta al ítem número 5 es positiva: continuar el diligenciamiento de la encuesta.

6. Cuál era su ocupación en el momento del embarazo? (se inicia con la pregunta # 12, porque en la base de datos dada por Coomeva aparecen las respuestas a las preguntas anteriores)

• Si refiere que laboraba realizar la pregunta 7, de lo contrario saltar a la numero 8.

7. Le dieron los permisos en su empresa para asistir a los controles prenatales?

8. Tuvo dificultades económicas que impidieran la asistencia a los controles prenatales?



• Si la respuesta anterior es positiva, realizar la pregunta 9, de lo contrario avanzar a la 10 pregunta.

9. Cuál de las siguientes dificultades económicas la afecto a usted:

- a. Bajo presupuesto
- b. Falta de empleo
- c. Solo trabaja una persona del grupo familiar
- d. Otras (especifique)

10. Quien o quienes consideró fueron apoyo para usted durante su embarazo?

11. Durante su embarazo le explicaron la importancia de los controles prenatales?

12. Como fue el trato recibido por el personal de salud en los controles prenatales?

13. Tiene alguna recomendación con respecto al programa de control prenatal que le fue brindado?

14. Señor(a) muchas gracias por la atención prestada, recuerde que le hablo la Enfermera/Médico (diga nombre completo), estudiante de la Fundación Universitaria del área Andina seccional Pereira.

**ANEXO G**  
**CRONOGRAMA**

	2016										2017		
ACTIVIDAD	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Conformación del equipo de trabajo													
Selección y decisión del tema													
Planteamiento del problema													
Revisión de antecedentes del tema seleccionado													
Resumen de mapas conceptuales y mentales													
Elaboración del estado del arte													
Realización de referencias con normas Vancouver													
Árbol del problema													
Desarrollo de la justificación													
Realización de objetivos													
Elaboración de matriz de objetivos													
Realización de marcos													
Realización de metodología													

Definición tipo de investigación			■	■	■								
Realización unidad de análisis						■	■	■					
Realización de variedades							■	■					
Plan de análisis							■	■					
Realización tabulación de datos										■	■		
Análisis de la información											■		
Búsqueda de componente bioético			■										
Responsabilidad social			■										
Difusión de resultados													■
Aspectos administrativos										■	■	■	■
Bibliografía	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
Exposición investigación													■

**ANEXO H**  
**PRESUPUESTO**

ITEM	UNIDAD	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	APORTES FUUA	INVESTIGACION	TOTAL
<b>TALENTO HUMANO</b>						
Asesores (2)	Hora Asesoría	\$45.000,00	10	\$900.000		\$900.000
Investigadores (4)	Hora	\$7.000,00	150		\$1.050.000	\$4.200.000
<b>RECURSOS LOGISTICOS</b>						
Computadores (4)	Hora Comp	\$1.500,00	150		\$225.000	\$900.000
Biblioteca (4)		\$2.000,00	60	\$480.000		\$480.000
<b>MATERIALES</b>						
CD (2)	2	\$1.000,00	2		\$2.000	\$2.000
<b>TOTAL</b>	\$6.482.000					

**ANEXO I**  
**PLAN DE MEJORA**

HALLAZGO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	PLAZO
Negligencia de las usuarias	Generar un vínculo de confianza entre el profesional de la salud y la gestante.	Verificar que el prestador de salud escogido para el programa, genere empatía con las usuarias.	Director de unidad / Coordinador administrativo	Corto plazo
		Realizar encuestas de satisfacción a las usuarias, sobre la atención recibida por los prestadores, en los programas específicos	Director de unidad / Coordinador administrativo	Corto plazo
		Implementar capacitación continua en atención humanizada.	Director de unidad / Coordinador administrativo	Corto plazo
		Crear actividades educativas novedosas y llamativas para las gestantes, que mejoren el vínculo de confianza entre la usuaria y el profesional de la salud y procurar no realizar rotación frecuente del personal	Director de unidad / Coordinador administrativo	Corto plazo
	Garantizar que el primer acercamiento de la gestante sea con enfermería y psicología.	Organizar las agendas para que la atención de primera vez en el programa, sea en forma conjunta por estas profesiones.	Director de unidad / Coordinador administrativo	Corto plazo
	Garantizar disponibilidad de citas en la misma jornada de médico general, nutrición y psicología.	Organizar las agendas de tal forma que se pueda garantizar la atención de dicho grupo.	Director de unidad / Coordinador administrativo	Mediano plazo
	Vincular un trabajador social en el grupo interdisciplinario que interviene las gestantes	Incluir al trabajador social en la intervención de las gestantes identificadas como inasistentes al programa.	Director de unidad / Coordinador administrativo	Mediano plazo

ANEXO J  
FLUJOGRAMA

