

**ADHERENCIA DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA PAREJA  
GENERADORA DE VIDA EN LA IPSI UKAWESX NASA CXHAB, EN EL  
MUNICIPIO DE CALDONO PRIMER SEMESTRE DE 2018.**

**YASBEIDY LORENA PITO BOTOTO  
YENY ALEXANDRA MORENO  
LAURA SOFÍA MOSQUERA NAVIA**



**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN, FINANZAS Y CIENCIAS ECONÓMICAS  
CONVENIO UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
POPAYAN, MARZO DE 2019**

**ADHERENCIA DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA PAREJA  
GENERADORA DE VIDA EN LA IPSI UKAWESX NASA CXHAB, EN EL  
MUNICIPIO DE CALDONO PRIMER SEMESTRE DE 2018.**

**INTEGRANTES:**

**YASBEIDY LORENA PITO BOTOTO**

**YENY ALEXANDRA MORENO**

**LAURA SOFÍA MOSQUERA NAVIA**

**ASESORA: CLARA IMELDA TORRES**



**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD  
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD EAN  
POPAYÁN MARZO DE 2019**

## Resumen

El control prenatal constituye una herramienta fundamental que permite hacer un estricto seguimiento de la salud de las gestantes y al desarrollo normal del bebe, garantizando un recién nacido con un estado óptimo tanto físico, mental y emocional; la inasistencia trae consigo riesgos tanto para el neonato como para la madre, que en el peor de los casos sus efectos son irreversibles, como la mortalidad materna extrema.

El estudio se realizó en la IPSI Ukawesx Nasa Cxab, del Municipio de Caldono de primer nivel presta servicios de salud de baja complejidad, en donde los índices de mortalidad materno-perinatal han ido en incremento. **Objetivo** identificar el porcentaje de adherencia al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018, definiéndose esta como la asistencia a 4 controles o más, se caracterizó la población objeto y se analizaron variables sociodemográficos con el fin de describir la influencia de etas en la adherencia al programa. **Metodología:** se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, trasversal, la población son las gestantes inscritas en el programa durante el primer semestre del año 2018. **Muestra:** la totalidad de la muestra la cual costa de 273 usuaria.

La recolección de la información se realizó directamente en una base de datos en Excel 2007, la cual fue procesada por los investigadores en el programa de SPS versión 19 para Windows.

**Resultados:** las gestantes están entre los 18 a 35 años de edad, el 75% viven en unión libre, El 97% residen en zona rural, el 43 % realizaron primaria completa, el 51% no son adherentes al programa pareja generadora de vida, se infiere que existen factores externos y propios que determinan de manera significativa la asistencia continua a los controles prenatales tales como la

zona de ubicación, estado civil, escolaridad, la cosmovisión que gira entorno a la cultura y creencias propias entre otros.

**Conclusión:** El 51% de las gestantes se consideran no adherentes al programa pareja generadora de vida ya que asistieron a menos de 4 controles prenatales programados.

**Palabras clave:** embarazo, interculturalidad, mujer generadora de vida.

## **Abstract**

The prenatal control is a fundamental tool that allows a strict monitoring of the health of the pregnant women and the normal development of the baby, guaranteeing a newborn with an optimal physical, mental and emotional state; Non-attendance brings risks for both the newborn and the mother, which in the worst case are irreversible, such as extreme maternal mortality.

The study was carried out at the IPSI Ukawesx Nasa Cxab, in the municipality of Caldono. The first level provides low complexity health services, where maternal-perinatal mortality rates have been increasing. Objective to identify the percentage of adherence to the couple generating program of life in the first semester 2018, defining this as assistance to 4 or more controls, the target population was characterized and sociodemographic variables were analyzed in order to describe the influence of etas in the adherence to the program. Methodology: a quantitative, retrospective, cross-sectional study was carried out, the population is pregnant women enrolled in the program during the first semester of 2018. Sample: the total sample which costs 273 users.

The information was collected directly in a database in Excel 2007, which was processed by the researchers in the SPS version 19 for Windows program.

Results: pregnant women are between 18 to 35 years of age, 75% live in a free union, 97% reside in rural areas, 43% complete primary education, 51% are not adherent to the couple generating life program, It is inferred that there are external and own factors that significantly determine the continuous assistance to prenatal controls such as the area of location, marital status, schooling, the worldview that revolves around the culture and own beliefs among others.

Conclusion: 51% of pregnant women are considered non-adherent to the couple generating life program since they attended less than 4 scheduled prenatal check-ups.

Key words: pregnancy, interculturality, woman generating life.

## Tabla de contenido

Introducción	10
Planteamiento del problema	12
Justificación	15
Objetivos	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Marco referencial	19
Marco contextual	19
Marco conceptual	21
Identificación de factores de riesgo	22
Seguimiento y periodicidad de los controles	25
Pacientes de bajo riesgo	25
Control prenatal por enfermera	28
Laboratorio clínico	30
Remisión a consulta odontológica general	34
Marco legal	52
Constitución Política de 1991.	52
Ley 100 de 1993.	52
Resolución 412 de 2000 - Ministerio de Salud.	52
Resolución 3384 de 2000 – Ministerio de Salud Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.	54
Decreto 3616 de 2005.	54
Decreto 1011 de 2006.	54
Ley 1122 del 2007.	55
Decreto 3039 de 2007.	55
Resolución 425 de 2008	56
Diseño metodológico	57
Muestra	57
Instrumento para la recolección de información (fuente secundaria)	57
Criterios	58
Procedimiento	58
Consideraciones éticas.	59
Resultados	61
Variables sociodemográficas	62
Variables ginecobstetricas	65
Discusión	77
Conclusiones	85
Plan de mejoramiento	86
Bibliografía	89

## Índice de tablas

<b>Tabla 1. Factores de riesgo</b>	23
<b>Tabla 2. Forma de evaluación de alto riesgo</b>	36
<b>Tabla 3. Estado Civil de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	62
<b>Tabla 4. Ocupación de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	62
<b>Tabla 5. Clasificación de acuerdo a la edad de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	63
<b>Tabla 6. Clasificación según ubicación geográfica de residencia de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	63
<b>Tabla 7. Clasificación por resguardo de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	64
<b>Tabla 8. Clasificación según escolaridad de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	64
<b>Tabla 9. Antecedentes ginecobstetricos (gravidez) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	65
<b>Tabla 10. Antecedentes ginecobstetricos (Paridez) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	66
<b>Tabla 11. Antecedentes ginecobstetricos (Abortos) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	67
<b>Tabla 12. Antecedentes ginecobstétricos (Cesáreas) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	68
<b>Tabla 13. Antecedentes ginecobstétricos (Óbito fetal o Muerte Perinatal) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	68
<b>Tabla 14. Antecedentes ginecobstétricos (embarazo ectópico o miomas) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	68
<b>Tabla 15. Antecedentes ginecobstétricos (Periodo intergenésico) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	69



## Índice de graficas

<b>Gráfica. 1 Distribución porcentual de la adherencia al control prenatal de acuerdo con el número de controles estimados en la normatividad vigente, gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>70</b>
<b>Gráfica. 2 Distribución porcentual de la adherencia al control prenatal según trimestre de gestación al ingreso de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>70</b>
<b>Gráfica. 3 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según zona de residencia, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018.</b>	<b>71</b>
<b>Gráfica. 4 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según lugar de residencia, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018.</b>	<b>72</b>
<b>Gráfica. 5 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según ocupación, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>72</b>
<b>Gráfica. 6 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según rangos de edad, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>73</b>
<b>Gráfica. 7 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según estado civil, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>74</b>
<b>Gráfica. 8 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según escolaridad, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>74</b>
<b>Gráfica. 9 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según lugar del parto, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>75</b>
<b>Gráfica. 10 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal, con relación al trimestre de ingreso al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018</b>	<b>76</b>

## **Introducción**

El control prenatal constituye una herramienta fundamental en evaluación del transcurso de la gestación, dentro del cual y asociado a múltiples factores como los sociodemográficos, culturales, políticos entre otros que pueden ser el resultante del aumento de las muertes maternas y perinatales.

La IPSI Ukawesx Nasa Cxab, es una institución de primer nivel que presta servicios de salud de baja complejidad, entro de los cuales se encuentra el programa pareja generadora de vida, siendo este uno de los ciclos de vida más relevantes y complejos, con el cual se espera con un adecuado manejo contribuir en la reducción de la morbimortalidad de materno perinatal de la población.

Por lo anterior, con el presente trabajo de investigación se busca identificar la adherencia al control prenatal definiendo esta como la asistencia a 4 controles o más, así mismo y teniendo en cuenta que existen factores sociodemográficos que influyen negativamente en la asistencia de las gestantes a los controles prenatales desde la atención occidental, se tomó como instrumento la base de datos del programa pareja generadora de vida, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, trasversal en donde se tomó como población las gestantes inscritas en el programa durante el primer semestre del año 2018 siendo esta la totalidad de la muestra la cual costa de 273 usuaria, de igual manera se caracterizó la población objeto y se analizaron 12 variables con el fin de describir la influencia de estas en la adherencia al programa.

Dentro de los principales resultados podemos inferir que existen factores externos y propios que determinan de manera significativa la asistencia de manera continua a los controles prenatales tales como la zona de ubicación, estado civil, escolaridad y que la cosmovisión que gira entorno a la cultura y creencias propias entre otros.

En conclusión se debe continuar con las acciones encaminadas al mejoramiento del programa articulando las actividades con entes territoriales, autoridades propias, médicos tradicionales, parteras, profesionales y personal comunitario a fin de contribuir en la reducción de los índices de morbilidad materno- perinatal mediante la captación temprana de las gestantes, controles prenatales con el cumplimiento de la normatividad, seguimiento y actividades interculturales propias de la población.

**Titulo**

Adherencia de las gestantes al programa pareja generadora de vida en la IPSI Ukawesx Nasa Cxhab, en el municipio de Caldono primer semestre de 2018.

### **Planteamiento del problema**

La mejor forma de monitorear el desarrollo de un embarazo es a través del Control Prenatal, definido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como “el conjunto de actividades que se realizan en la embarazada con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de esta y de su hijo” (1). Además, es considerado por varios países como la asistencia de las gestantes a cuatro o más consultas.

EL municipio de Caldono Cauca cuenta con dos instituciones prestadoras de servicios de salud: la ESE Popayán punto de atención Caldono, y la IPS Indígena Ukawesx Nasa Cxhab siendo esta última donde se concentra la mayor cantidad de afiliados para un total de 22.880, de los cuales para el año 2018, 420 de estos usuarios fueron gestantes. El control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no solo de su oferta, sino del uso adecuado o inadecuado que la gestante haga de él; situación que puede presentarse debido a diferentes factores como distribución geográfica, la cultura, la percepción de las usuarias hacia la institución entre otras, influyen negativamente en la adherencia a los controles prenatales desde la atención occidental.

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia se llevan a cabo bajo la normatividad establecida en la resolución 412 del 2000. Y los de programas colectivos en salud pública por la ley 1122 del 2007 y la resolución 425 del 2000 donde define el Control prenatal, como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”. A pesar de la claridad y especificidad de la norma, los indicadores de adherencia al programa pareja generadora de vida y la morbimortalidad materna y perinatal en la IPSI, para el

municipio de Caldono en el año 2018 fue de 10 muertes perinatales y 3 muertes infantiles, estadísticas que distan de las metas nacionales y departamentales.

El embarazo es concebido un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones y problemas que suelen ocurrir en este período, la inasistencia al control prenatal trae consigo riesgos tanto para el neonato como para la madre, que en el peor de los casos sus efectos son irreversibles, como la morbilidad materna extrema, que tiene como factores de riesgo la edad, multiparidad, anemia, antecedentes de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, trabajo de parto prolongado y cesárea.

Las estadísticas de morbimortalidad materna y perinatal reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Por lo que se recomienda fortalecer los programas de control prenatal (CPN) siguiendo los lineamientos establecidos en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud.

Se considera que los factores que influyen en el uso inadecuado del control prenatal son de tipo personal, tales como la edad, escolaridad, deseo del embarazo; familiares como la funcionalidad familiar, ciclo vital, tipo de familia, tamaño de familia, apoyo familiar o social; socioculturales como la religión; de ubicación geográfica donde se incluyen rural, urbano, cercano o lejano a centro de salud; económicos tales como ingresos y egresos; factores de los servicios de la salud como satisfacción o insatisfacción de la atención, régimen de afiliación.

Siendo necesario un mayor abordaje en esta temática que no solo afecta a la usuaria sino también a su entorno familiar y comunitario; ya que mediante la identificación de los factores que incrementan esta problemática se puede mitigar y/o intervenir en la decisión de acudir o no a los servicios de salud durante la gestación. Dados los indicadores de morbimortalidad o de

inasistencia o de baja adherencia a los controles prenatales, se percibe la necesidad de realizar una evaluación de la adherencia al programa pareja generadora de vida en la institución prestadora de servicios de salud indígena (IPSI) de primer nivel de complejidad Ukawesx Nasa Chab con el fin de visualizar oportunidades de mejora, tal y como lo establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad.

### **Justificación**

La mortalidad materna y perinatal es considerada como un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países pobres del mundo y tiene un gran impacto familiar, social y económico. Según la OMS en el año 2015, unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.

De acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Salud, la notificación histórica de la mortalidad perinatal y neonatal tardía desde el 2008 hasta el 2017 tiene un comportamiento hacia el incremento con un promedio de casos notificados al año de 8 453 casos, así mismo de acuerdo con los actores asociados a esta la pertenencia étnica, donde se observa que la tasa de mortalidad perinatal y neonatal más alta se concentra en la población indígena con 27,8 muertes por 1.000 nacidos vivos (307 casos)

Entre los años 2007 y 2011 se identificaron en el Departamento del Cauca 64 muertes maternas, de las cuales 23(35,93%) son de la EPS Indígena. La EPS Indígena en estos años ha presentado grandes variaciones en el transcurso de estos años, con un promedio de 142,04 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el Departamento del Cauca, con un pico en el año 2007 para una tasa de 277,52 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

Los controles prenatales nos permiten la facilidad de identificar de una manera oportuna los factores que contribuyen el incremento de casos de morbilidad materno perinatal, todo ello es logrado con el enfoque dado durante el mismo; la valoración inicial y seguimiento al desarrollo de la gestación partiendo de las bases que de una u otra forma condicionan el estado de

embarazo como los antecedentes, factores asociados que pueden generar alteraciones durante el proceso a fin de evaluar y generar las mejores condiciones para el parto. En las comunidades indígenas presentan diversidades culturales, principios y otros que los caracterizan o identifican los cuales deben ser entendidos y reconocidos como tal a fin de no interferir con sus derechos y costumbres, encaminado en ello se evidencia la concepción de atención en relación a los embarazos lo cuales son realizados por médicos tradicionales y parteras como sabedores ancestrales del territorio. Lo cual de una u otra manera genera una barrera para el acceso o aceptación de los controles prenatales por médicos generales o profesionales de enfermería.

De alguna forma la experiencia o vivencias diarias permiten identificar diferentes factores que impiden la adherencia al control prenatal, sin embargo, es necesario su profundización para la identificación y confirmación real de la información a fin de establecer estrategias o métodos que permitan la aceptación de la población femenina en estado de gestación el acceso al programa, destacando que en muchas ocasiones se identifica que la poca adherencia radica en el tipo de atención por el profesional, número de usuarios, ausencia de insumos médicos o medicamentos requeridos o la accesibilidad por parte del usuario a los servicios, por tal motivo es importante mejorar o fortalecer estas falencias encontradas con el objetivo de garantizar una atención adecuada que contribuya a la salud de la gestante.

Dado que no se conoce la realidad de la región referente a la adherencia al programa pareja generadora de vida, el presente estudio nos permitirá identificar los factores que intervienen en la falta de adherencia al mismo, a fin de contribuir a mejorar las intervenciones de cuidado a las gestantes que requieren de atención prenatal en aspectos orientados a mejorar las estrategias de



atención y las formas de estimular a la gestante respecto al uso completo del número de controles prenatales.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar el porcentaje de adherencia al programa pareja generadora de vida en la IPSI Ukawesx Nasa Cxhab de Caldono Cauca en el primer semestre 2018.

### **Objetivos específicos**

Caracterización sociodemográfica de la población gestante incluida en el estudio.

Determinar el porcentaje de adherencia de las gestantes a los controles prenatales durante el primer semestre del 2018.

Describir los factores sociodemográficos de la población no adherente a los controles prenatales de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida.

Proponer intervenciones tempranas con relación a los factores identificados que influyen en la adherencia al control prenatal.

## Marco referencial

### Marco contextual

El proyecto de investigación se desarrollará en el Municipio de Caldono Cauca, el cual se encuentra ubicado en la zona Andina en la vertiente occidental de la cordillera central y en el sector oriental del departamento del Cauca. Su área es de 373.98 Km<sup>2</sup>. El municipio de Caldono está situado en el norte del Departamento del Cauca a 67 kilómetros de Popayán.

Sus límites son:

- Norte: Municipio de Santander de Quilichao
- Oriente: Municipio de Jámalo
- Sur: Municipio de Silvia
- Occidente: Municipio de Piendamó

Se encuentra conformado por 6 resguardos indígenas, en donde la unidad territorial de estos, Caldono, Pueblo Nuevo, Pioya, La Laguna, las Mercedes y la Aguada, es lo que constituye a **SA'TH TAMA KIWE**, un territorio de los Nasa de carácter ancestral.

El municipio de Caldono es un municipio pluriétnico y pluricultural, donde conviven diferentes grupos poblacionales, siendo en su mayor parte población indígena con un 70,6% de la población total seguido de la población mestiza con un 28,9% y en menor proporción afrodescendientes con 0,50%.

Las principales actividades económicas son:

- Producción agrícola: Café, fique, plátano, yuca frutales, hortalizas (90% )
- Extracción de Recursos Naturales: Areneros, madereros, ladrilleros (1% )
- Asalariados Docentes, funcionarios públicos, personal de salud: (3%)
- Otros oficios: Comerciantes, transportadores, artesanos (6 %)

El déficit de viviendas en el municipio contribuye al incremento de problemas de salubridad ya que es marcado el hacinamiento en especial en la zona rural.

La mayoría de las viviendas están ubicadas en la zona rural y se presenta un déficit de vivienda del 80%. (Fuente de información DANE).

Existe un 38% de cobertura en energía eléctrica, del cual el 95% del suministro corresponde a interconexión y el 5% restante a una pequeña central hidroeléctrica sobre el Río Mondomo. Existe una alta demanda de leña para consumo doméstico, como principal fuente de energía.

En cuanto a las vías de acceso, Se cuenta con 05 kilómetros de pavimento en mal estado desde la vía Pescador a Siberia y 18 kilómetros de pavimento en óptimas condiciones desde el corregimiento de Siberia hasta la cabecera municipal; las vías secundarias y terciarias se encuentran en mal estado.

La IPSI Ukawes'x Nasa Cxhab presta servicios de baja complejidad a la comunidad del pueblo Nasa del territorio ancestral Sa'th Tama Kiwe del régimen subsidiado; su misión es brindar servicios de salud de baja complejidad a la comunidad del pueblo Nasa del territorio ancestral Sa'th Tama Kiwe; la IPS-I Ukawe'sx Nasa C'xhab, busca contribuir al fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural "SISPI" y dinamizar el modelo propio de cuidado de la salud con enfoque diferencial, familiar e intercultural; estructurado a partir de su plan de vida, la sabiduría ancestral y la cosmovisión Nasa para contribuir al buen vivir de todos los comuneros.

Tiene como visión ser la IPS - I líder en la implementación del SISPI, reconocida a nivel nacional por el desarrollo de un modelo propio de cuidado de la salud que contribuye al buen

vivir de la comunidad, destacándose por sus altos niveles de calidad, adaptándose a la dinámica de la comunidad y tratando siempre de satisfacer las necesidades de salud a nivel individual, familiar y comunitario, para alcanzar el equilibrio y la armonía física y espiritual.

### **Marco conceptual**

**Definición:** Control prenatal se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

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

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

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

El control prenatal debe ser:

- ❖ **Precoz:** propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre.

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

### **Identificación de factores de riesgo**

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal.

Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y post parto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo.

Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de salud a valorar los factores

de riesgo (véase la tabla anexa: Forma de evaluación de alto riesgo). En algunas de ellas se emplean listas sencillas, y en otras se desarrollan escalas con puntuación numérica, de acuerdo con su importancia. Se prefiere utilizar listas sencillas, en las cuales se requiere un conocimiento más amplio de las diferentes patologías propias o concurrentes con el embarazo, y que de alguna manera podrían modificar el curso y el resultado del mismo; estas orientan al médico en la decisión de si una paciente puede continuar o no su control prenatal en un nivel de atención de baja complejidad, alertándolo en la realización de una interconsulta a un nivel de mayor complejidad, sin importar si la respuesta de este nivel sea que la paciente puede continuar su control prenatal en el lugar que originó la remisión.

La tabla 1 presenta una lista de factores de riesgo que pueden ser identificados mediante la historia clínica y la exploración física. Su existencia en un embarazo puede requerir la valoración adicional de la gestación, consulta con otros especialistas, realización de exploraciones complementarias o la remisión de la mujer a un centro de asistencia especializada

**Tabla 1. Factores de riesgo**

<b>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>
Edad materna menor a 17 años Edad materna mayor a 35 años Relación peso / talla (IMC) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidad &gt; 29</li> <li>- Delgadez &lt; 20</li> </ul> Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día Alcoholismo Drogadicción Nivel socioeconómico bajo Riesgo laboral ocupacional	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años Aborto a repetición Antecedente de parto pretérmino Antecedentes de nacido con CIR Antecedentes de muerte prenatal Hijo con lesión residual neurológica Antecedente de nacido con defecto congénito Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental) Incompetencia cervical.
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b>	<b>EMBARAZO ACTUAL</b>
Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Enfermedad renal Diabetes	Hipertensión inducida por el embarazo Anemia Diabetes

---

Endocrinopatías	gestacional
Enfermedad respiratoria crónica	Infección urinaria
Enfermedad hematológica Epilepsia y otras enfermedades neurológicas	de repetición
Enfermedad psiquiátrica Enfermedad hepática con insuficiencia	Infección de transmisión perinatal
Enfermedad auto inmune con afectación sistémica	Isoinmunización Rh
Trombo embolismo	Embarazo múltiple
Patología médico-quirúrgica grave	Polihidramnios
	Oligohidramnios
	Hemorragia genital
	Placenta previa asintomático (diagnóstico ecográfico a semana 32) Crecimiento intrauterino retardado
	Defecto fetal congénito
	Estática fetal anormal a semana 36 Amenaza de parto pretérmino
	Embarazo postérmino
	Rotura prematura de membranas ovulares Tumoración uterina
	Patología médico-quirúrgica grave

---

**Consulta preconcepcional:** Una de las campañas que ha exigido mayor esfuerzo en los últimos años es la implantación de la *consulta preconcepcional*, que tiene como objetivo *mejorar las condiciones maternas para una futura gestación*. Esto se logra con la historia clínica completa, examen físico e identificación de las condiciones psicosociales de la paciente.

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

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

La paciente es valorada integralmente por el médico general y por enfermera jefe, y de acuerdo con la valoración del riesgo será valorada por el médico ginecobstetra. Si bien está



demostrado que un profesional bien entrenado, sea médico, enfermera o profesional especializado, ofrece los mismos resultados en calidad de atención prenatal en gestantes de bajo riesgo, puede contemplarse la posibilidad, dada por el recurso humano, de que una institución decida ofrecer el control prenatal a toda gestante, por obstetra.

La valoración del riesgo permite elaborar el plan de manejo de la paciente, que se orienta a la identificación y el manejo de los factores de riesgo, al igual que su remisión posterior al nivel de atención requerido.

### **Seguimiento y periodicidad de los controles**

#### **Pacientes de bajo riesgo**

Las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto.

Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por médico, con frecuencia semanal o quincenal, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y diligenciar, completa, la nota de remisión.

#### ❖ **Pacientes de alto riesgo**

El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista.

Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico ginecobstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34.

### **Control prenatal por médico**

El médico general realiza el control prenatal de las gestantes cuyas características y

condiciones indiquen una gestación sin factores de riesgo. En caso de confirmarse la presencia de un embarazo de alto riesgo, deberá asegurarse a la paciente su atención en el nivel correspondiente.

La duración de la consulta de seguimiento y control prenatal por médico es, en promedio, así: la consulta de primera vez de 30 minutos, y los controles de 20 minutos.

La consulta inicial, de seguimiento y control prenatal por médico incluye:

Revisión de la historia clínica anterior y controles previos. Si la historia clínica prenatal no se ha hecho, debe iniciarse en cualquier momento como en la primera cita.

Las intervenciones que pueden derivarse de allí son:

- ❖ Que se descarte el diagnóstico al no encontrar cifras tensionales elevadas en el hospital. Se continuará control prenatal normal.
- ❖ Que se confirme diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo (HIE) o hipertensión transitoria sin evidencia de preeclampsia, y se decida manejo ambulatorio. Debe verificarse si se efectuaron pruebas de recuento de plaquetas y medición de proteinuria en orina de 24 horas; en caso negativo se ordenarán ambulatoriamente. Seguirá control normal con visitas a alto riesgo según evolución. No requiere monitoreo periódico de las pruebas mencionadas, pero sí requiere evaluación del bienestar fetal mediante monitoria fetal o perfil biofísico según edad gestacional (el plan de seguimiento deberá plantearlo el ginecobstetra de la institución).
- ❖ Que se confirme diagnóstico de HIE y se decida manejo hospitalario.

**Valoración ginecológica:** realizar examen de senos y genitales que incluye valoración de pelvis ósea, de cuello uterino, toma de citología (de acuerdo con esquema), tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar

patología anexial, evaluar posibles infecciones genitales.

En caso de identificar una nueva patología, solicitar exámenes complementarios, si son necesarios, y realizar actividades según el nivel de atención.

Si se identifica cualquier factor de riesgo que amerite su remisión a un nivel superior de atención, remitir a la paciente junto con resumen de la atención recibida, carné materno actualizado y paraclínicos

Solicitud de exámenes paraclínicos: véase el punto respectivo.

Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media y de paraclínicos.

Formulación de micronutrientes a todas las gestantes.

Se deberá formular suplemento de sulfato ferroso en dosis de 200 mg/ día, que corresponden a 60 mg de hierro elemental /día (se absorbe 30% de la sal ferrosa, dependiendo del nivel de ferritina y hierro sérico) y un miligramo día de ácido fólico durante toda la gestación y hasta el sexto mes de lactancia. Además, debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.

Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.

Remisión a curso de preparación para el parto.

Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.

Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

Si no se ha presentado algún factor de riesgo que haya ameritado remisión previa, al llegar a la semana 34 a 36 se remitirá para última consulta de valoración al médico o institución que atenderá el parto (la gestante debió haber sido valorada por GO I a la semana 20 y 32 para confirmar el bajo riesgo).

Remitir a la paciente junto con el resumen de la atención recibida, carné materno y paraclínicos al nivel de atención requerido según los factores de riesgo.

En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su remisión a la institución en la que se le atenderá el parto.

Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control, según condiciones y criterio médico. En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución en la que se atenderá el parto.

#### Control prenatal por enfermera

Es el conjunto de actividades realizadas por la enfermera profesional a las gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al desarrollo normal de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

***El control por enfermera por primera vez debe ser de 30 minutos, y los siguientes de 20 minutos, y deben incluir:***

- ❖ Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas
- ❖ Examen físico completo.

- ❖ Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media.

- ❖ Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades remitir al médico.

- ❖ Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.

- ❖ Remisión a curso de preparación para el parto.

- ❖ Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.

- ❖ Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

- ❖ Diligenciar historia clínica y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones

de la paciente. En el último control con enfermera deben darse instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.

- ❖ Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución en la que se atenderá el parto.

- ❖ Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o si los exámenes paraclínicos reportan anormalidades.

### **Laboratorio clínico**

A toda paciente, en su primer control prenatal, se le solicitarán los siguientes exámenes:

- ❖ **Cuadro hemático** (*se hará cada trimestre*)
- ❖ **Glicemia:** únicamente antes de la semana 20; luego, a todas las gestantes se solicitará el test de O'Sullivan-tamizaje de glucosa (semanas 24 a 28). Si el resultado está en el límite o es dudoso, deberá complementarse con una prueba confirmatoria: curva de tolerancia a la glucosa con carga de glucosa de 100 g. El tamizaje consiste en darle a ingerir a la gestante, en ayunas, 50 gramos de glucosa. Pasada una hora, se le toma una muestra de sangre. Valor normal: < 135 Mg%. Si el tamizaje es positivo (resultado entre 135- 180 mg %) se practicará la prueba de tolerancia a la glucosa a las 1, 2 y 3 horas con carga de 100 g; si el resultado es superior a 180, es positivo y diagnóstico, y en este caso no es necesario hacer curva de tolerancia y la gestante debe ser remitida a segundo o tercer nivel

Un valor por encima de 180 mg en la prueba de tamizaje. En la curva de tolerancia a la glucosa dos valores alterados confirman el diagnóstico de diabetes gestacional

- ❖ **Creatinina.** Sólo para pacientes con riesgo de acuerdo con su evolución. Sólo para pacientes con riesgo.
- ❖ **Hemoclasificación.** Sólo en la primera consulta en caso de desconocerse.
- ❖ **Serología.** En primera consulta y tercer trimestre.
- ❖ **Parcial de orina.** Cada trimestre.
- ❖ **Citología vaginal.** Si la última citología cubre el periodo de la gestación, se hará

sólo en casos de factores de riesgo y a toda gestante que no haya cumplido con el esquema 1-1-3

- ❖ **Frotis vaginal**, y cultivo si la paciente lo requiere.
- ❖ **Ecografía**. Solicitar en la primera consulta de control prenatal independiente de la edad gestacional. Si inicia control prenatal temprano se solicitará a las semanas 8 a 10 (transvaginal) y repetir a las 20-24, y en el último trimestre a criterio médico, preferiblemente en el sitio en el que se va a atender el parto. Si la paciente llega por primera vez después de la semana 32 y antes del trabajo de parto, se le efectuará una ecografía.

Laboratorios especiales:

- ❖ **Coombs indirecto**. Si la madre es Rh negativo debe solicitarse en el primer control y repetir semana 24 a 28 y posparto. Si el Coombs es positivo, debe remitirse al tercer nivel
- ❖ **Urocultivo**. Solicitar en casos de presentar bacteriuria persistente o diagnóstico de IVU a repetición o de difícil manejo. Solicitar a toda paciente con IVU tratada.

**Estudio de tamizaje genético**. Se practicará según criterio del ginecobstetra

- ❖ **IgG – IgM de toxoplasma**. Se debe solicitar IgG inicial en la primera consulta a todas las gestantes. Si sale negativo debe repetirse por lo menos IgG a la semana 26-28 (para identificar seroconversión durante el embarazo), pero si sale el IgG inicial positivo se solicitará un IgM. Si la IgM sale positiva se hace diagnóstico de toxoplasmosis y la paciente debe remitirse a tercer nivel para iniciar, inmediatamente, estudio y tratamiento. Si la IgG inicial es dudosa (pruebas de Elisa o IFI), debe repetirse a las 3-4 semanas (si esta última sube 4 veces su nivel inicial, se hace diagnóstico de toxoplasmosis y debe remitirse para tratamiento y seguimiento; pero si continúa dudosa se solicita IgM). Diagnostica-

da la toxoplasmosis debe remitirse a tercer nivel para continuar estudio e iniciar, de inmediato, el tratamiento.

- ❖ **HIV y Ags superficie de hepatitis B.** Se solicitarán a todas las gestantes en la primera consulta prenatal, previa consejería y consentimiento informado de la paciente.

- ❖ **Pruebas de función renal.** Se practicará según criterio del médico general (aplicables a todas pacientes con nefropatías, trastornos hipertensivos y vasculopatías)

- ❖ **Estudio hemodinámico fetal y materno.** A criterio del ginecobstetra o del médico especialista.

- ❖ *Mediciones hormonales*

- ❖ **Gonadotropina coriónica humana fracción beta (BHCG).** Cuando se sospecha de embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica del embarazo. A criterio del médico general o ginecobstetra según la disponibilidad de laboratorio.

- ❖ **Progesterona.** A criterio de ginecobstetra. **Hormonas tiroideas.** TSH: a criterio del médico general y del ginecobstetra. Debe ser remitida al tercer nivel en caso positivo. T3 y T4: a criterio del médico especialista.

- ❖ **Prolactina.** A criterio del médico general o especialista.

- ❖ **Estudios inmunológicos.** En casos de lupus, artritis reumatoidea y síndrome de anticuerpos.

- ❖ **antifosfolípidos y otros.** A criterio del médico general o especialista.

**Consejería pre y pos. Consentimiento informado.** Anexar a prueba de VIH.

## **Vacunación**

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



- ❖ Iniciar esquema de vacunación en el segundo trimestre:

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

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

### **Educación individual a la madre, compañero y familia**

Los siguientes aspectos son importantes como complemento de las actividades anteriores:

- ❖ Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto.
- ❖ Importancia de la estimulación del feto.
- ❖ Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- ❖ Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.
- ❖ Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- ❖ Seguimiento a toda gestante para verificar asistencia integral al control prenatal

## **Remisión a consulta odontológica general**

El control prenatal es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Durante este periodo se presenta una mayor incidencia de enfermedades periodontales y, por tanto, con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe efectuarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina, independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.

### Referencia de los factores de riesgo

Mediante el uso del enfoque de riesgo y su valoración permanente es posible identificar en la consulta prenatal a todas las maternas con riesgos biopsicosociales para la gestación, alrededor de 20%, y la totalidad de madres con riesgos para el parto que representan aproximadamente 15% de las gestantes.

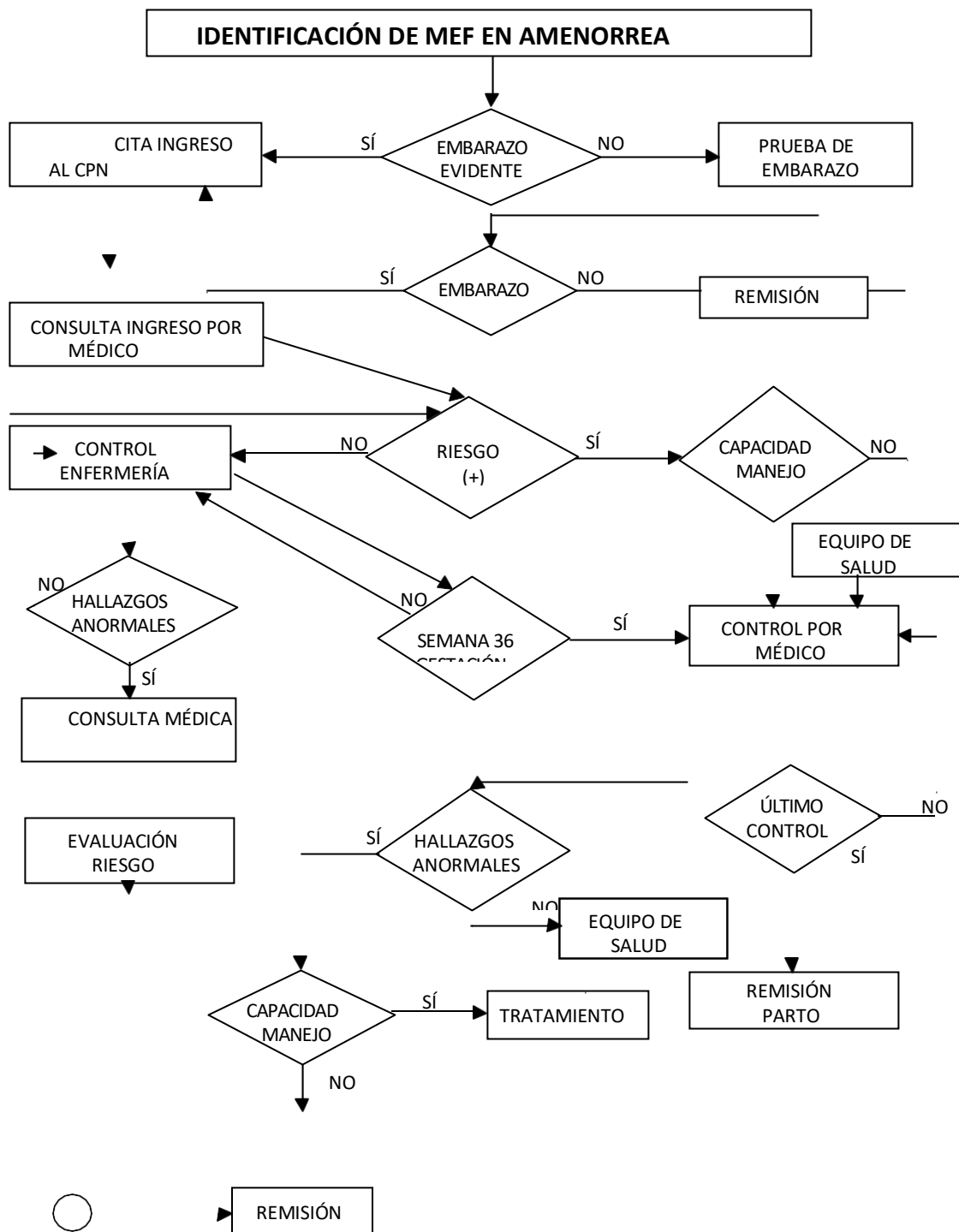
La aplicación del enfoque de riesgo obliga a la determinación de un plan de manejo individual y personalizado para cada gestante, consecuente con su situación de salud.

La valoración del riesgo materno fetal se define como la identificación de los factores de riesgo biopsicosocial que pueden afectar a una mujer en edad fértil, embarazada o en posparto y que pueden ser clasificados para determinar el grado de complejidad de la patología que presenta y el nivel de atención al que le corresponde brindar el servicio.

La detección de los riesgos debe ser continua y permanente en cada uno de los momentos obstétricos.

**Gestante adolescente.** Menores de 17 años deben ser manejadas idealmente por ginecobstetra y atención del parto según factor riesgo en segundo o tercer nivel.

## Flujograma de atención



**Tabla 2. Forma de evaluación de alto riesgo**

<b>HISTORIA REPRODUCTIVA</b>	<b>TRAST. MÉDICOS O QUIRÚRGICOS ASOCIADOS</b>	<b>EMBARAZO ACTUAL</b>
Edad < 16 = 1 16 – 35 = 0 > 35 = 2	Cirugía ginecológica Previa = 1 Enfermedad renal crónica = 1	Hemorragia < 20 sem. = 1 > 20 sem. = 3 Anemia (< 10 g%) = 1 Pos madurez = 1 Hipertensión = 2
Número de partos 0 = 1 1-4 = 0 > 5 = 2 2 o más abortos o historia de infertilidad = 1 Hemorragia posparto o legrado manual = 1 Hijo > 4 kg = 1 Hijo < 2.5 kg = 1 Toxemia = 0 Hipertensión = 2 Cesárea previa = 2 Parto anormal o difícil = 2	Diabetes gestacional (a) = 1 Diabetes mayor o clase (b) = 3 Enfermedad cardiaca = 3 Otros trastornos médicos importantes (puntuación de 1 a 3 en función de la gravedad)	Ruptura prematura de membranas = 2 Polihidramnios = 2 CIR = 3 Embarazo múltiple = 3 Mala presentación = 3 Inm Rh = 3 <b>Bajo riesgo &lt;2</b> <b>Alto riesgo 3 a 6</b> <b>Riesgo severo &gt; 6</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Aborto habitúa:** Quien haya presentado cuatro o más abortos espontáneos CONSECUTIVOS en embarazos anteriores, independientes de la presencia de embarazo con feto vivo entre uno y otro.

**Abruptio de placenta:** Desprendimiento parcial o total de la placenta normo inserta de su lecho de inserción.

**Adolescente:** Paciente embarazada con edad igual o menor a 17 años. Debe insistirse en la evaluación y asesoría por el equipo de asistencia psicosocial (psicología, trabajo social), y en el manejo de todos los momentos obstétricos y la asesoría necesaria para la planificación de la familia y el cuidado del recién nacido.

**Amenaza de aborto:** Toda paciente con embarazo menor de 20 semanas con sangrado, dolor

o hallazgos ecográficos que lo corroboren con membranas íntegras y sin modificaciones cervicales.

**Amenaza de parto inmaduro:** Es la presencia de actividad uterina regular comprobada por monitoreo fetal que produzca modificaciones cervicales entre las semanas 20 y 27.

**Amenaza de parto prematuro:** Es la presencia de actividad uterina regular comprobada por monitoreo fetal que produzca modificaciones cervicales entre la semana 28 y la 37

**Bradycardia fetal** La presencia de frecuencia cardiaca fetal menor de 120 minutos.

**Debilidad o falta de redes de apoyo social:** Debido a la falta de pareja o no apoyo de ella, a contactos débiles con familiares y amigos, no ser miembro o participar en asociaciones o grupos de personas u organizaciones religiosas que proveen de soporte y apoyo y que funcionan como factores protectores amortiguando las consecuencias físicas y psicológicas, derivadas del embarazo.

**Dificultades en el acceso o baja calidad en los servicios de salud:** Aun cuando la procreación se da de manera natural para la mayoría de los seres humanos, se requiere de servicios de atención de la salud que sean prestados de manera oportuna, con la mejor calidad y que den la posibilidad de acceso a todas las personas. Cuando ello no ocurre se convierte en un factor de riesgo para el proceso.

**Disminución de movimientos fetales:** Movimientos fetales menores a 10 en un periodo de 12 horas de observación.

**Embarazo ectópico:** Embarazo por fuera de la cavidad uterina.

**Embarazo múltiple:** Considérese toda gestación con dos o más fetos diagnosticados por la ecografía.

**Embarazo no planeado:** Paciente que queda embarazada sin habérselo propuesto. Estas

pacientes deben ser asistidas por el médico general, solicitando evaluación por psicología, trabajo social o por psiquiatría mediante inter consulta. Se remitirá a obstetricia sólo en casos de presentarse deterioro de la evolución normal de la gestación, secundario al compromiso de la condición psicoafectiva.

**Embarazo prolongado:** Toda gestación que supera las 40 semanas a partir del primer día del último periodo menstrual. La piedra angular es la confiabilidad de la fecha de la última menstruación.

**Hidramnios-oligoamnios:** Es la disminución del índice de líquido amniótico por debajo del percentil 5 para la edad gestacional o con ILA menor de 7.

**Hiperémesis gravídica:** Presencia de vómito persistente o recurrente secundaria a la gestación que no responde a tratamiento médico.

**Macrosomía:** Feto mayor de 4.000 gramos o percentil mayor 95.

**Mayor de 35 años:** Gestación en paciente mayor de 35 años.

**Muerte perinatal:** Comprende las muertes fetales previas, más allá de la semana 20 hasta 28 días posparto.

**Multigestante mayor:** Se considera mujer con 4 o más gestaciones y mayor de 35 años.

**Multigestante:** Toda mujer que haya tenido 4 o más gestaciones, incluyendo los abortos en cualquier edad gestacional.

**Multiparidad:** Toda paciente que haya tenido 4 o más partos. No incluye pérdidas gestacionales menores de 20 semanas.

**Parto prematuro:** Pacientes con trabajo de parto entre la semana 20 y la 37.

**Placenta previa:** Es la implantación en el segmento inferior del útero por delante de la presentación, después de la semana 22.

**Posparto o puerperio:** Momento en el que la gestación ha concluido:

1 Inmediato. Primeras 24 horas.

2 Mediato. Primeros 8 días.

3 Tardío. Hasta 40 días

**Adherencia:** es la propiedad de aquello que es adherente (que se pega a otra cosa). el término adherencia terapéutica que es el término con el que se hace referencia a la responsabilidad que tiene un paciente en lo que respecta al cuidado de su salud. Es decir, a seguir todas las indicaciones y recomendaciones que le ha dado el médico, como guardar reposo. La adherencia también puede ser una **unión o un apego simbólico**. Tomemos el caso de una **persona** que debe seguir un determinado tratamiento médico. La adherencia del paciente al tratamiento alude a si respeta, o no, las indicaciones del médico. Cuando cumple con aquello que el profesional le dice, se adhiere al tratamiento. En cambio, si no toma los remedios o no hace la dieta indicada, el paciente no muestra adherencia al tratamiento.

**Factor:** Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.

**Indígena:** es aquel que pertenece a un pueblo originario de una región o territorio donde su familia, cultura y vivencias son nativas del lugar donde nacieron y han sido transmitidas por varias generaciones. Indígena es sinónimo de nativo, aborigen, autóctono, indio.

La palabra indígena deriva del latín *indígena* que se compone de *inde* que significa “de ese lugar” y *gens* que significa “población” por lo tanto la palabra se refiere a una población de un lugar determinado.

**Pluriculturalidad:** La pluriculturalidad hace referencia a la coexistencia en un mismo espacio geográfico de diferentes culturas.

**Cosmovisión:** La palabra cosmovisión quiere decir visión del mundo, esto es, la perspectiva, concepto o representación mental que una determinada cultura o persona se forma de la realidad. Por lo tanto, una cosmovisión ofrece un marco de referencia para interpretar la realidad, el cual contiene creencias, perspectivas, nociones, imágenes y conceptos.

### **Sistema de Salud Indígena**

**Salud:** la salud está ligada al cumplimiento de normas y reglas que determinan la relación del individuo con su familia, con su comunidad y con la naturaleza que, desde las comunidades indígenas, es percibido como armonía y equilibrio. Desde los pueblos indígenas Nasa y Misak, la salud se entiende como integral, como resultado de un conjunto de relaciones que van desde la esfera individual hasta la naturaleza misma, en un continuo proceso de relaciones causales; es decir, la salud se piensa desde el individuo, su familia, su comunidad, su pueblo y la naturaleza misma.

**Enfermedad:** desde los parámetros culturales de los pueblos Nasa y Misak la enfermedad se entiende como desequilibrio, como una desarmonía de los distintos componentes de la relación entre el individuo y su entorno, donde se incluyen la familia, la comunidad, el pueblo y la naturaleza. La ruptura de normas como la causa principal de la enfermedad se asocia a los diferentes momentos de la vida del “comunero”, por lo tanto, desde que se nace hasta el momento en el que se muere la ritualidad y prácticas culturales hacen parte esencial de los procesos.

**Muerte:** la muerte, en primera instancia, es entendida como un tránsito, como un cambio, se percibe como algo que es parte de la vida misma, es el momento en el que los seres humanos pasan a otro espacio, desde este punto la muerte es vista como algo natural.



**Maternidad:** la maternidad está ligada a una normatividad cultural cotidiana y ritual que hace que esta etapa deba ser planeada desde el momento mismo de la decisión de tener un bebé. Este es uno de los puntos fundamentales dentro de la concepción de la maternidad indígena, pues la maternidad se entiende como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer, de ahí que esta no se vea asociada al riesgo o al control del mismo, lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible. Esto lleva a pensar que la maternidad debe ser planeada, debe ser planificada.

La familia se planea, está pensada también en relación a la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas, de ahí que sea importante tener en cuenta aspectos como las fases de la luna, que influyen desde el momento mismo de la concepción y en el desarrollo futuro del bebé. Cuando se embaraza una mujer no lo hace solo ella ni su familia, también se embaraza la comunidad misma el territorio, lo colectivo por lo tanto se hace necesario abordar estas diferentes esferas y no solo centrarse en la gestante sino también en los escenarios de relación que ella tiene.

### **Sistema de Salud Occidental**

**Salud:** desde la cultura occidental la salud está dirigida, en gran medida, a la ausencia de enfermedad, en ese orden de ideas se puede pensar que la salud en este caso está pensada en función del individuo.

**Enfermedad:** la enfermedad está relacionada con factores biológicos intrínsecos a los individuos que de cierta forma influyen en la presencia de enfermedades. Este concepto tiene un alto componente físico a manera de explicación de la situación. Se explica principalmente desde las condiciones físicas o biológicas de los pacientes, lo que ha llevado a que no se tomen en

cuenta factores de tipo social, cultural, económico, etc., al momento de la prevención de la enfermedad.

**Muerte:** la muerte es algo grave, algo que debe ser estudiado y en la medida de lo posible evitado o aplazado a toda costa, por tanto cuando hay muertes por situaciones o enfermedades que se encasillan en “mortalidad evitable” se genera un operativo para identificar las causas de esta muerte y en el futuro evitar situaciones similares. En este orden de ideas se podría decir que la muerte desde la cultura occidental es algo que se debe evitar, algo que es necesario postergar mediante los conocimientos médicos propios del sistema cultural occidental.

**Maternidad:** desde el sistema médico occidental la maternidad está explicada siguiendo los criterios que definen la salud y la enfermedad, asociando la maternidad principalmente al riesgo; la maternidad se plantea entonces como un estado de riesgo que debe ser asumido con la mayor precaución posible, pues de no hacerlo así puede desembocar en complicaciones para la madre y el bebé o incluso la muerte de los dos, la maternidad es algo que se concibe como individual centrado en la madre.

### **Marco teórico**

En el año 2003 el Ministerio de la Protección Social socializó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), la cual articula dentro de su aparato normativo las recomendaciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. La dicha política pública tiene como objetivo general el mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Colombia, a la par que busca promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población; dicha política se orienta de forma particular a la reducción de los factores de

vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, realizando un mayor enfoque en el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Para los cuales plantea unas metas y objetivos en relación a población gestante así:

- El 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales.
- El 80% de las mujeres gestantes, ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.

Lo anterior a partir del Desarrollo e implementación de estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

Si bien, la constitución colombiana establece que la salud es un derecho fundamental, en la práctica, al sistema de atención en salud de nuestro país se accede por una relación de carácter contractual. Más de la mitad de la población colombiana está por debajo de la línea de pobreza y pertenece a estratos socioeconómicos bajos con poca accesibilidad al sistema de salud, esto dificulta su ingreso a los programas de planificación familiar que son solo para las personas afiliadas al sistema de seguridad social. Este factor influye de manera directa en el importante número de embarazos no deseados en adolescentes que recurren al aborto inseguro como una salida a una gestación no deseada. El aborto es el responsable del 30% de las muertes maternas en el mundo, el 40% de los abortos practicados se realizan en condiciones de riesgo y el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo.

Existen una diversidad de problemas del porqué las embarazadas no asisten al control prenatal; la inaccesibilidad geográfica, cultural y socioeconómica son otros factores que conllevan a que las gestantes tengan inconvenientes de asistencia al control prenatal.

### **Teorista cuidado cultural**

Con respecto a las prácticas de cuidado culturales en gestantes, el estudio realizado por García (2008), compara las prácticas de cuidado que realizan con ellas mismas y con sus hijos por nacer las gestantes adolescentes y las de un grupo de gestantes adultas de asistentes a dos IPS. El estudio se centró en valorar y comparar las prácticas de cuidado de las gestantes. Se concluyó que hay tendencia a mejores prácticas de cuidado en gestantes adultas; y recomienda que los profesionales de enfermería que son responsables del cuidado de las gestantes deben reconocer las prácticas de cuidado que tienen ellas, para promover el mantenimiento, la adecuación o la reestructuración de dichas prácticas, de tal manera que se brinde un cuidado cercano a la realidad cultural de la mujer y coherente con sus expectativas como lo propone Madeleine Leininger. (4).

En relación a lo anterior, Leininger, la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado, incentiva a muchos autores para que desde las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud. Define que El cuidado cultural se refiere a la subjetividad y la objetividad de los valores, las creencias y los estilos de vida aprendidos y transmitidos para asistir, ayudar, facilitar o capacitar a otro individuo o grupo a mantener su bienestar y salud, para mejorar la condición humana y forma de vida, o para tratar con la enfermedad, las incapacidades o la muerte.

Al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla. Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás.

Las premisas de la teoría del cuidado cultural de Madeleine Leininger: “el cuidado cultural es el medio holístico más amplio para conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos del cuidado en enfermería para guiar las prácticas de dicho cuidado”, “la enfermería es una disciplina y una profesión transcultural humanista y científica con el propósito central de servir a los seres humanos de todo el mundo”, “el cuidado en enfermería benéfico, saludable y satisfactoriamente basado en la cultura contribuye al bienestar de individuos, familia, grupos y comunidades dentro de su contexto ambiental, “el cuidado de enfermería culturalmente congruente o benéfico ocurre únicamente cuando los valores, expresiones o patrones del cuidado cultural de un individuo, grupo, familia y comunidad son conocidos y usados en forma apropiada y de forma apropiada y de formas importantes por parte de los enfermeros”.

Así mismo, La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones émic locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Con la teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émic (visión interna), es posible acceder al descubrimiento de cuidados fundados y

basados en las personas, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas étic (visiones externas) del investigador.

Uno de los objetivos importante de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista émic, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Leininger sostiene que los elementos que distinguen de forma genuina a la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas, es un conocimiento y una práctica asistencial basada en la cultura. La razón principal del estudio de la teoría de los cuidados es que ante todo, la idea de la asistencia parece un factor crítico para el crecimiento, el desarrollo y la supervivencia de los seres humanos. La segunda razón, es el propósito de explicar y comprender plenamente el conocimiento cultural y los roles que asumen las personas que prestan y reciben cuidados en las diferentes culturas, para suministrar una asistencia coherente con cada entorno cultural, tercero el conocimiento adquirido sobre los elementos asistenciales sirve como base para promover la curación y el bienestar de los pacientes y para afrontar la muerte o la supervivencia de las culturas humanas a lo largo del tiempo. Cuarto, la profesión de enfermería ha de estudiar la asistencia sistemática desde una perspectiva cultural amplia y holística, para descubrir las

expresiones y los significados de los cuidados, la salud, la enfermedad y el bienestar, como parte del conocimiento de la enfermería.

Leininger ha concluido que el concepto de asistencia se corresponde con un fenómeno muy engañoso que con frecuencia se integra en los estilos de vida y los valores culturales. El objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Afirma Leininger que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

Así mismo, Según el censo DANE del año 2005, en Colombia los pueblos indígenas constituyen un poco más del 3,43% de la población nacional, que de acuerdo con la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) están representados en 87 pueblos indígenas; éstos hacen parte de la diversidad étnica y cultural de Colombia configurando esta nación como pluriétnica y multicultural, según se asevera en el artículo séptimo de la Constitución Nacional de Colombia. Con este reconocimiento, resultado de las luchas constantes de los pueblos indígenas de Colombia, se erigió una ruta dirigida a la búsqueda del reconocimiento real de los pueblos indígenas del país, donde ese afirmara sus derechos como pueblos con condiciones y características diferenciales.

La ONIC, como organización que representa un gran número de pueblos indígenas de Colombia es resultado de las luchas que se desarrollaron en el departamento del Cauca en la década de los setentas del Siglo XX, luchas que tuvieron como principal representante al Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) y a las comunidades Nasa y Misak. Un punto central dentro de estos procesos fue la exigencia por la recuperación del territorio, pues para estas comunidades éste abarca toda su configuración étnica y cultural, lo que incluye la salud.

### **Sistema médico como sistema cultural**

Llegar a una definición del concepto de cultura parece algo imposible, pues desde diversas corrientes teóricas y epistemológicas se han asociado significados particulares a este concepto; aun así existen algunas definiciones que son aceptadas ampliamente y se han utilizado en diversos estudios e investigaciones para situarse en un marco conceptual, necesario a la hora de realizar el análisis. Una de estas definiciones es la propuesta por el antropólogo estadounidense Clifford Geertz, quien concibe a la cultura como “estructuras de significación socialmente establecidas, en virtud de las cuales los individuos hacemos cosas, percibimos cosas y reaccionamos a ellas”.

Reconocer que la cultura no es una realidad exclusiva y excluyente de las sociedades denominadas occidentales, presupone no solo el reconocimiento de otras culturas, sino también verlas en igualdad de condiciones. Dentro de cada cultura existen diversos sistemas de explicación y relación con el mundo, uno de estos es el que aborda la salud y la enfermedad y los procesos terapéuticos asociados a esta dicotomía, en este sentido se podría aseverar que existen diversos sistemas médicos producto de la cultura de cada sociedad, por tanto estos son contruidos a través de la búsqueda de cómo explicar las experiencias de dolor, salud, enfermedad y sufrimiento (20) por lo que en últimas los sistemas médicos, entendidos como



sistemas culturales, están conformados por todas las nociones referentes a salud incluidos “los conocimientos sobre el origen, causas y tratamiento de las enfermedades, técnicas terapéuticas, los practicantes de estas y sus roles”.

Cada cultura tiene un sistema médico, y la cultura occidental no es la excepción, pues su sistema médico “refleja la epistemología de la ciencia positivista, que le permite objetivar al paciente centrándose en la percepción fisiológica y estructural de la enfermedad, que prima sobre los contextos socioculturales y ambientales de los individuos”. El sistema médico occidental o en palabras de Parra, sistema médico moderno, difiere de los sistemas médicos tradicionales, pues estos tienen bases diferentes.

Entender los sistemas médicos como sistemas culturales supone entenderlos como resultado de procesos culturales intrínsecos diferentes pero que conviven en un espacio de relaciones interculturales que se expresan de manera cotidiana y están mediados por relaciones de poder y subordinación: “Las relaciones interculturales médicas se establecerían a partir de una “negación postergada”, que es otra forma de dominación social de un sistema cultural médico sobre otro” (20), situación que podría asociarse a “ignorancia o negación de la eficacia de los sistemas médicos tradicionales” que tiene como cimiento un evidente etnocentrismo que se expresa en la necesidad de buscar evaluar y validar.

Finalmente se deja claro que para este documento se entendieron los sistemas médicos como sistemas culturales “el sistema cultural de salud enfatiza la dimensión simbólica del entendimiento de la salud e incluye el conocimiento, percepciones y cogniciones usada para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad”.

**Interculturalidad**

Al entender los sistemas de salud como sistemas culturales, es decir como sistemas de explicación de los procesos asociados principalmente (pero no exclusivamente) a la dicotomía salud-enfermedad donde concluyen otras significaciones culturales como bienestar, sufrimiento, dolor, etc. Se pone de manifiesto la necesidad de reconocer la relevancia de la cultura en la significación de los sistemas culturales. Así pues, se debe evidenciar que el sistema médico occidental es igualmente un sistema cultural pues evidentemente contiene “todos los componentes presentes en una sociedad relacionados con la salud, incluyendo conocimientos sobre el origen, causas y tratamiento de las enfermedades, técnicas terapéuticas, sus practicantes y los roles, estándares y agentes en interacción en este escenario”.

Si bien la sociedad occidental hegemónica actual sustenta un sistema médico, existen otras formas de entender la salud y la enfermedad que han desembocado en otros sistemas médicos culturales, es el caso de la medicina Ayurveda de la India o la medicina de los pueblos originarios, las que como sistemas médicos culturales comparten un tiempo y un espacio con la medicina occidental o moderna; todo esto enmarcado en una relación de dominación donde los sistemas médicos culturales tradicionales son subordinados y en algunos casos desconocidos (7).

Esta situación se explica toda vez que la medicina occidental “tradicionalmente no se construye ni se conceptualiza como una institución social porque ante todo es construida como una ciencia aplicada, en donde lo que cuenta es la descripción de hallazgos y logros científicos, los eventos médico-científicos revolucionarios o las biografías de médicos “notables”. No es el propósito de esta investigación debatir si la medicina occidental o biomedicina debería entenderse como una institución social o no, pero si es necesario entender que: la coexistencia de sistemas médicos culturales diversos donde uno desempeña un papel hegemónico pone de manifiesto retos a la hora de desarrollar procesos interculturales.

La interculturalidad se ha trabajado desde diferentes perspectivas y con diversos intereses. Según la tipología propuesta por Viaña et al que asocia el contexto, el abordaje y los intereses de la búsqueda de interculturalidad se pueden definir tres tipos de interculturalidad: relacional, funcional y crítica. La interculturalidad relacional es la más utilizada pues únicamente “hace referencia de forma más básica y general al contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas, prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas, los que podrían darse en condiciones de igualdad o desigualdad”.

Establecer relaciones interculturales entre dos sistemas de salud no parte únicamente de un reconocimiento de los dos sistemas como iguales, por el contrario, se hace imperativo identificar aspectos asociados a las relaciones de ejercicio de poder y dominación social, pues esto permeará directamente a relación “re-conocer que ningún sistema cultural médico tiene o puede tener un acceso privilegiado a una realidad superior de la salud, independiente de su propio marco de referencia cultural, no es suficiente para establecer relaciones interculturales médicas entre pares; cualquier relación entre sistemas culturales médicos está enmarcada en y definida por problemas referentes a relaciones de poder y de dominación social de un modelo de salud sobre otro, lo que afecta las posibilidades de paridad entre ellos”. Entender los sistemas médicos como sistemas culturales parte de una noción que reconoce la importancia de la cultura en la construcción de dichos sistemas, la que se expresa en prácticas, valores y cosmovisiones propias sobre el cuidado de la salud, y sobre las que dichos sistemas interactúan en escenarios particulares. La interculturalidad crítica, entendida como una estrategia, un camino que puede guiar de manera adecuada la interacción entre dos sistemas médicos, invita a plantear un diálogo horizontal de saberes.

## **Marco legal**

### **Constitución Política de 1991.**

Establece la seguridad social en salud como un derecho público de carácter obligatorio, que se debe prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia y universalidad, en los términos que establezca la ley.

**Artículo 49** La atención en salud y saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud. El Estado debe garantizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer políticas públicas relacionadas con la prestación de servicios de salud en forma descentralizada.

### **Ley 100 de 1993.**

**Artículo 1.** Sistema de Seguridad Social Integral El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

### **Resolución 412 de 2000 - Ministerio de Salud.**

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.

#### **Artículo 4. Guía de Atención**

“Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado”.

**Artículo 6. Protección específica** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

**Artículo 7. Detección temprana** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

#### **Guía de práctica clínica**

**Artículo 8. Protección específica** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto

d. Atención al Recién Nacido

e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

**Resolución 3384 de 2000 – Ministerio de Salud Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.**

**Artículo 6.-** Guías de Atención Las Guías de Atención de enfermedades de interés en salud pública, son documentos técnicos de referencia útiles para el manejo de algunas enfermedades en el contexto Nacional. Si bien estos documentos constituyen recomendaciones técnicas, no son de carácter obligatorio para las Administradoras de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Sin embargo, es obligación de todas las Administradoras garantizar la atención de las enfermedades y el seguimiento de las mismas, con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud – POS y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –POSS.

**Decreto 3616 de 2005.**

Por medio del cual se establecen las denominaciones de las auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 1011 de 2006.**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 2.** Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e

intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, para lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

### **Ley 1122 del 2007.**

Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 33.** Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.

### **Decreto 3039 de 2007.**

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que comprende acciones del Plan de Salud Pública, de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y

prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y, en el Sistema General de Riesgos Profesionales, a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y, además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

#### **Resolución 425 de 2008**

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a cargo de las entidades territoriales.

#### **Resolución 518 del 2015**

Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC



## **Diseño metodológico**

### **Metodología: tipo de investigación**

El presente es un estudio cuantitativo, retrospectivo, transversal, analítico.

Se tuvieron en cuenta datos de tiempo, lugar y persona con el objeto de medir la asistencia de las gestantes a las consultas de control prenatal y estudiar las posibles asociaciones entre la asistencia a dichos controles y algunos factores: aseguramiento, demográficos, obstétricos, psicosociales, culturales, económicos.

La población del estudio fue el total de Mujeres gestantes inscritas al CPN en la IPSI Ukawesx NasaCxhab del municipio de Caldono en el periodo comprendido entre enero y junio de 2018 (273 gestantes).

### **Muestra**

Se tomó la totalidad de la población después de aplicados los criterios de inclusión para un total de 273 gestantes

### **Instrumento para la recolección de información (fuente secundaria)**

La recolección de la información se registró directamente en una base de datos en Excel 2007, la cual fue procesada por los investigadores en el programa SPSS versión 19 para Windows. Esta incluía las variables de interés para el estudio según la operacionalización de las variables, las cuales fueron extraídas de las historias clínicas de las gestantes que asistieron a control prenatal durante los meses de enero a junio de 2018

## **Criterios**

### **Criterios de inclusión.**

Todas las gestantes inscritas a control prenatal de la IPSI Ukawesx Nasa Cxhab durante el periodo enero a junio de 2018

### **Criterios de exclusión**

Gestantes inscritas en otra IPS pero que asistieron a la IPSI Ukawesx Nasa Cxhab para consulta médica general.

## **Procedimiento**

Para el desarrollo de la investigación y de acuerdo al contexto del municipio de Caldonio siendo priorizado para llevar a cabo el proceso se selecciona la IPS Indígena Ukawesx Nasa Cxhab dado que dos de las integrantes del proyecto son funcionarias de dicha institución prestadora de servicios de salud, quienes conocen las problemáticas y altos índices de morbimortalidad de la población indígena entre ellos sobre la mujer gestante por lo cual se realizó la selección de la base de datos del programa pareja generadora de vida, siendo referente importante para la población indígena fortalecer el buen vivir de la mujer generadora de vida y su familia, partiendo de ello, se realizó el diseño del anteproyecto basado en la contextualización y necesidad de la problemática evidenciada, siendo necesaria la revisión documental de estudios, bibliografía y demás de acuerdo al diseño metodológico orientado, las asesorías y ajustes recibidos de manera simultánea. Finalizada esta primera etapa se realizó solicitud de aval o autorización a la Asociación de cabildos Ukawesx Nasa Cxhab y su coordinación política Luz Edith Chilo. Posteriormente se realizó la recolección de la información. Como fuente de información se obtiene la base de datos de programa pareja generadora de vida cuya base se

encuentra elaborada en Excel diseñada por la secretaria de salud departamental, con los aportes de las IPS indígenas cuya información contiene información occidental y propia como datos sociodemográficos, psicosociales, culturales del control prenatal.

La base de datos contaba originalmente con 356 columnas de información, donde fueron ingresadas un total de 549 gestantes para el año 2018, siendo excluidas 7 quienes no culminaron su gestación, del mismo modo fueron seleccionadas solo las registradas en primer semestre 2018 correspondiente a un total de 273 gestantes, partiendo de ellos se realizó la selección de variables para procesamiento de la información y se generó el cruce de estas para obtener los resultados. Para el análisis de información se analizan las variables de manera cuantitativa en su mayoría para establecer porcentajes de cada una y estas a su vez son cruzadas a fin de evidenciar los factores que intervienen en la adherencia del control prenatal, siendo así, presentados los resultados de acuerdo a la categorización establecida: factores demográficos, psicosociales y culturales.

### **Consideraciones éticas.**

Teniendo en cuenta las normas bioéticas internacionales vigentes como son el código de Núremberg, la declaración de Helsinki, el reporte de Belmont y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establecen las normas científico administrativas para la investigación en salud, esta investigación se deberá considerar sin riesgo ya que no se intervienen ni se modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en el estudio.

Se dará cumplimiento a los principios éticos fundamentales como son: Beneficencia, no maleficencia, confidencialidad.

**Beneficencia y no maleficencia:** Con este proyecto se buscará el bien de los participantes, sus resultados serán la base para plantear estrategias que beneficien a los usuarios del servicio de salud odontológico. No se realizará ningún tipo de intervención, ni generará riesgos para los participantes, solo se limitará a obtener información.

**Confidencialidad:** Se garantizará a los participantes que su identidad no estará expuesta en el estudio, puesto que en el instrumento no se colocará nombre, firma ni documento de identidad. La información recolectada, se utilizará solo para la presente investigación.

## Resultados

Se realizó el estudio en 273 gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida de la IPSI Ukawesx Nasa Chab durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2018.

Se evidenció que el grupo etario del rango de 18 a 35 años concentró el mayor número de usuarias (82%); respecto al grado de escolaridad: 43% culminaron la primaria completa y 34% culminaron la secundaria, un 5% tuvieron estudios superiores técnico e universitario. En su mayoría, las gestantes vivían en unión libre (75%), seguido por solteras (17%) y casadas (8%). El 97% residía en un área rural y el 3% en área urbana. El 96% eran gestantes amas de casa y el 4% estudiantes.

El 28% de las gestantes objeto del estudio tuvo antecedentes de gravidez cero y otro 28% gravidez 1, seguido por gravidez 2 con un porcentaje de 18%, el 61% presentaba un periodo intergenésico menor o igual de 24 meses, 80% presentaba una paridad de 2 o menos.

Se evidencio también que el 51% de las gestantes, de acuerdo con la normatividad vigente no fueron adherentes al programa pareja generadora de vida, mientras que el 49% asistieron a 4 o más controles prenatales por lo que se considera que fueron adherentes al mismo. El 40% ingresaron en el segundo trimestre de gestación, seguido por el 31% que ingresaron en el tercer trimestre de gestación y un 29% ingresaron en el primer trimestre. El 73% de las gestantes no adherentes al programa pareja generadora de vida, el parto fue domiciliario y el 27% institucional, se puede inferir que las no adherentes a los controles prenatales asisten a la medicina tradicional.

**Variables sociodemográficas**  
**Objetivo 1.**

**Tabla 3. Estado Civil de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Estado civil</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
Unión libre	206	75%
Soltera	46	17%
Casada	21	8%
Total	273	100%

En la tabla 3. se evidencia que, del total de gestantes objeto del estudio, 206 viven en unión libre lo que corresponde al 75%, seguidas por 46 gestantes solteras y 21 casadas que equivale a 17% y 8% respectivamente.

**Tabla 4. Ocupación de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Ocupación</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Ama de casa	261	96%
Estudiante	12	4%
Total	273	100%

En la tabla 4. Se puede observar que el mayor porcentaje de gestantes objeto del estudio son amas de casa (261) lo que corresponde al 96%, seguidas por un 4% de gestantes que son estudiantes (12).

**Tabla 5. Clasificación de acuerdo a la edad de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Edad</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
<18 años	22	8%
18 a 35 años	224	82%
>35 años	27	10%
Total	273	100%

En la tabla 5. Se puede observar que el mayor porcentaje de gestantes objeto del estudio se encuentran entre el rango de edad de 18 a 35 años (224) lo que corresponde al 82%, seguidas por un 10% de gestantes con edad mayor a 35 años (27) y el 8% restante son menores de 18 años (22).

**Tabla 6. Clasificación según ubicación geográfica de residencia de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Zona Geográfica</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Población</b>
Rural	265	97%
Urbano	8	3%
Total	273	100%

En la tabla 6. Se evidencia que el mayor porcentaje de gestantes objeto del estudio reside en zona rural (265) lo que corresponde al 97%, seguida por un 3% de gestantes que viven en zona urbana (8).

**Tabla 7. Clasificación por resguardo de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Resguardo</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Caldono	127	47%
Pueblo Nuevo	41	15%
La Laguna	31	11%
La Aguada	27	10%
Pioya	27	10%
Las Mercedes	20	7%
Total	273	100%

En la tabla 7. Se evidencia que el resguardo con mayor número de gestantes es Caldono con un 47%, seguido del resguardo de Pueblo Nuevo con un 15%, el resguardo de la Laguna representa un 31%, La Aguada y Pioya con un 10% respectivamente y con un menor porcentaje se encuentra el resguardo de las mercedes con un 7%.

**Tabla 8. Clasificación según escolaridad de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Escolaridad</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria Completa	118	43%
Secundaria completa	93	34%



Secundaria	18	7%
Incompleta		
Analfabeta	16	6%
Primaria incompleta	15	5%
Técnico	11	4%
Universidad	2	1%
Total	273	100%

En la tabla 8. Se evidencia que el 43% del total de gestantes objeto del estudio realizaron primaria completa, el 34% secundaria completa, seguido por secundaria incompleta con un 7%, el 6% son analfabetas, el 5%, 4%, y 1% realizaron primaria incompleta, técnico y universidad respectivamente.

### **Variables ginecobstetricas**

**Tabla 9. Antecedentes ginecobstetricos (gravidez) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes Ginecobstetricos (Gravidez)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Grávida 0	76	28%
Grávida 1	76	28%
Grávida 2	49	18%
Grávida 3	42	15%

Grávida 4	15	5%
Grávida 5	8	3%
Grávida 6	3	2%
Grávida 7	2	1%
Grávida 8	0	0%
Grávida 9	1	0,3%
Grávida 10	1	0,3%
Total	273	100%

En la tabla 9. Se evidencia que, del total de gestantes objeto del estudio, el 28% no presentaron antecedentes de embarazos, otro 28% presentaron un embarazo previo, seguido por un 18% de las gestantes con antecedentes de 2 embarazos, un menor porcentaje presentaron 3 embarazos previos que corresponde al 15% y el 5% de las gestantes fueron grávida 4.

**Tabla 10. Antecedentes ginecobstetricos (Paridez) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes Ginecobstetricos (Paridez)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Partos 0	106	39%
Partos 1	62	23%
Partos 2	49	18%
Partos 3	29	10%
Partos 4	13	5%
Partos 5	8	3%

Partos 6	2	0,7%
Partos 7	3	1%
Partos 8	0	0%
Partos 9	1	0,3%
Total	273	100%

En la tabla 10. Se evidencia que, del total de gestantes objeto del estudio, el 39% no presentaron antecedentes de partos, el 23% presentaron un parto previo, seguido por un 18% de las gestantes con antecedentes de 2 partos, un 10% presentaron 3 partos previos, en un menor porcentaje se encuentran las gestantes con antecedentes de 4, 5, 6, 7 y 9 partos previos que corresponde al 5, 3, 0,7, 1, 0,3% respectivamente.

**Tabla 11. Antecedentes ginecobstetricos (Abortos) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes Gineco obstétricos (Abortos)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
Abortos 0	250	91,5%
Abortos 1	22	8,05%
Abortos 2	1	0,36%
Total	273	100%

En la tabla 11. Se evidencia que el 91,5% no presentaron antecedentes ginecobstétricos de aborto, el 8,05% presentaron antecedentes de un aborto y el 0,36% antecedentes de dos abortos.

**Tabla 12. Antecedentes ginecobstétricos (Cesáreas) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes Gineco obstétricos (Cesáreas)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	8	3%
NO	265	97%
Total	273	100%

En la tabla 12. Se evidencia que el 97% de las gestantes objeto del estudio, no presentaron antecedentes de cesárea, mientras que el 3% restante si presentaron antecedentes.

**Tabla 13. Antecedentes ginecobstétricos (Óbito fetal o Muerte Perinatal) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes Gineco obstétricos (Óbito fetal o Muerte Perinatal)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	6	2%
NO	267	98%
Total	273	

En la tabla 13. Se evidencia que el 98% de las gestantes objeto del estudio, no presentaron antecedentes ginecobstetricos de muerte perinatal, mientras que el 2% restante si presentaron antecedentes.

**Tabla 14. Antecedentes ginecobstétricos (embarazo ectópico o miomas) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes Ginecobstétricos (embarazo ectópico o miomas)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	1	1%
NO	272	99%
Total	273	100%

En la tabla 14. Se evidencia que el 99% de las gestantes objeto del estudio, no presentaron antecedentes ginecobstetricos de embarazo ectópico, mientras que el 1% restante si presentó antecedentes.

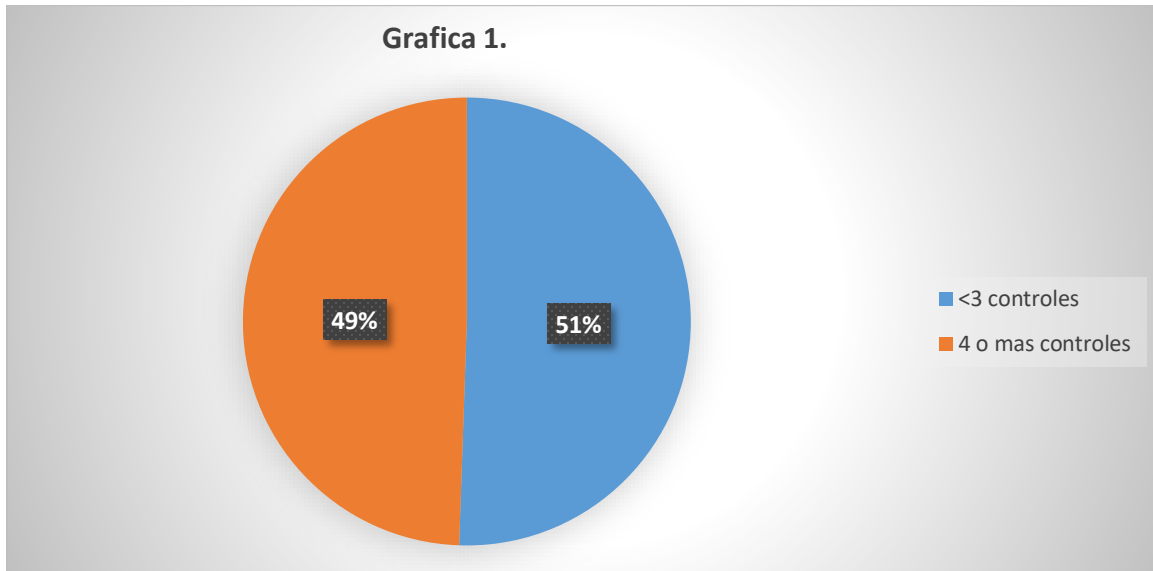
**Tabla 15. Antecedentes ginecobstétricos (Periodo intergenésico) las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**

<b>Antecedentes ginecobstétricos (Periodo intergenésico)</b>	<b>Numero de gestantes</b>	<b>Porcentaje</b>
< 2 años	166	61%
> 5 años	42	15%
entre 2 y 5 años	65	24%
Total	273	100%

En la tabla 15. Se evidencia que el 61% de las gestantes objeto del estudio presentaron un periodo intergenésico menor a 2 años, un 15% presentó un periodo intergenésico mayor a 5 años y un 24% periodo intergenésico entre 2 a 5 años.

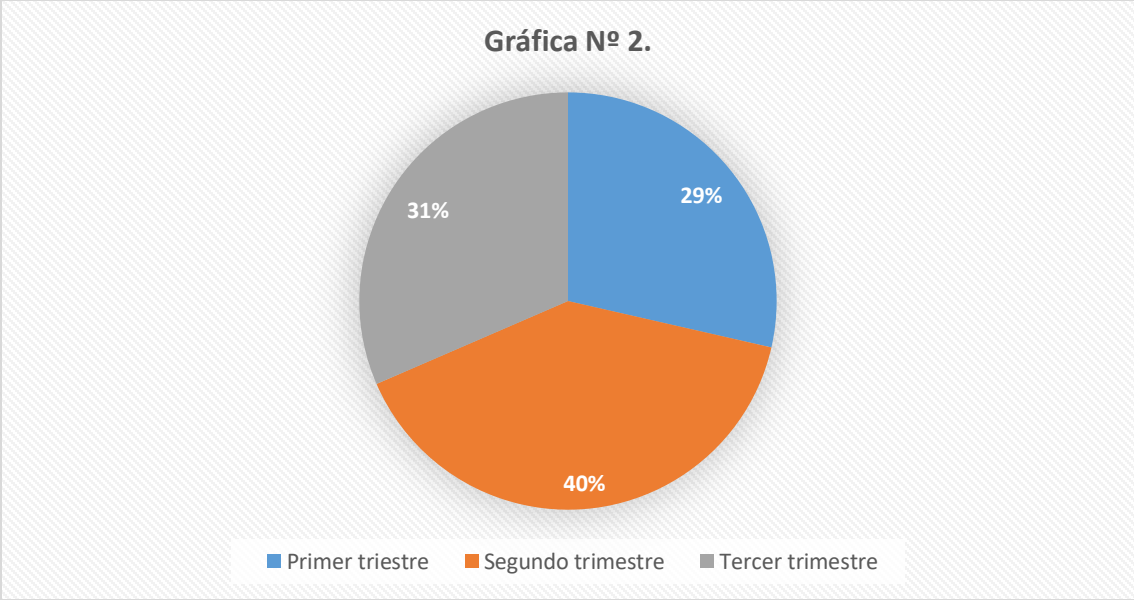
## Objetivo 2

**Gráfica. 1 Distribución porcentual de la adherencia al control prenatal de acuerdo con el número de controles estimados en la normatividad vigente, gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



En la gráfica 1. Se puede observar que del total de gestantes objeto del estudio el 51% de acuerdo a la normatividad vigente no fueron adherentes al programa pareja generadora de vida, mientras que el 49% asistieron a 4 o más controles prenatales por lo que se considera que fueron adherentes al mismo.

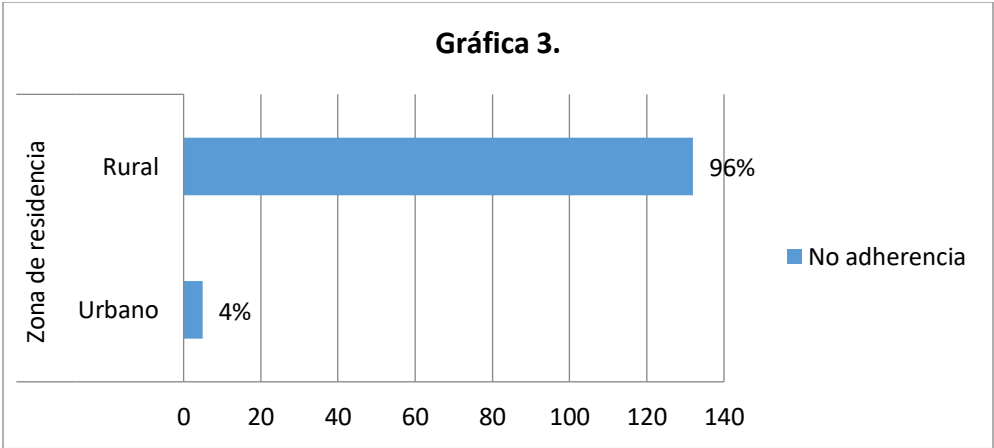
**Gráfica. 2 Distribución porcentual de la adherencia al control prenatal según trimestre de gestación al ingreso de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



En la gráfica 2. Se evidencia que del total de gestantes clasificadas como adherentes al programa pareja generadora de vida, el 40% ingresaron en el segundo trimestre de gestación, seguido por el 31% que ingresaron en el tercer trimestre de gestación y un 29% ingresaron en el primer trimestre.

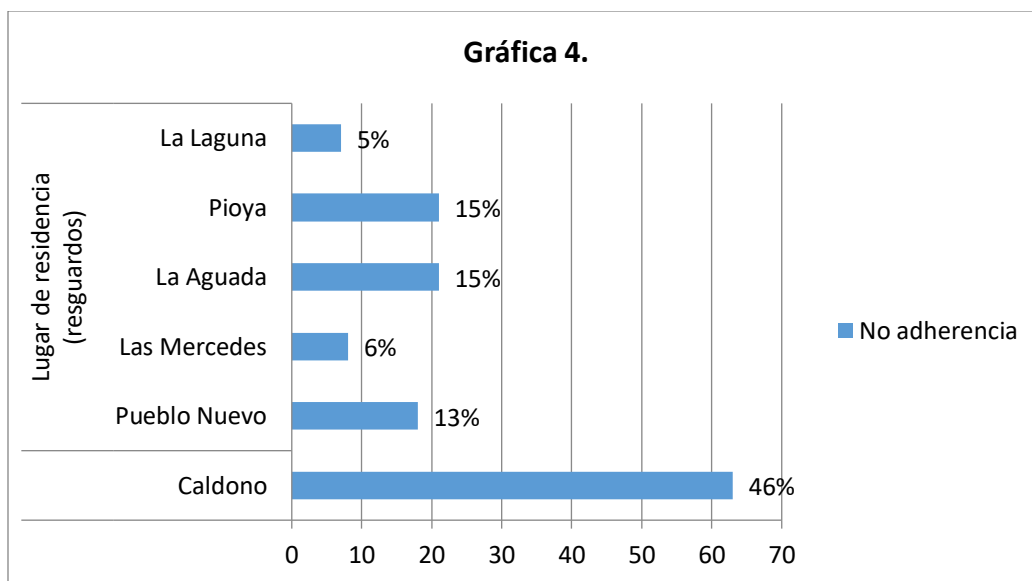
**Objetivo 3.**

**Gráfica. 3 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según zona de residencia, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018.**



En la gráfica 3. Se evidencia que las gestantes no adherentes al programa pareja generadora de vida, el 96% residen en la zona rural y 4% en la zona urbana.

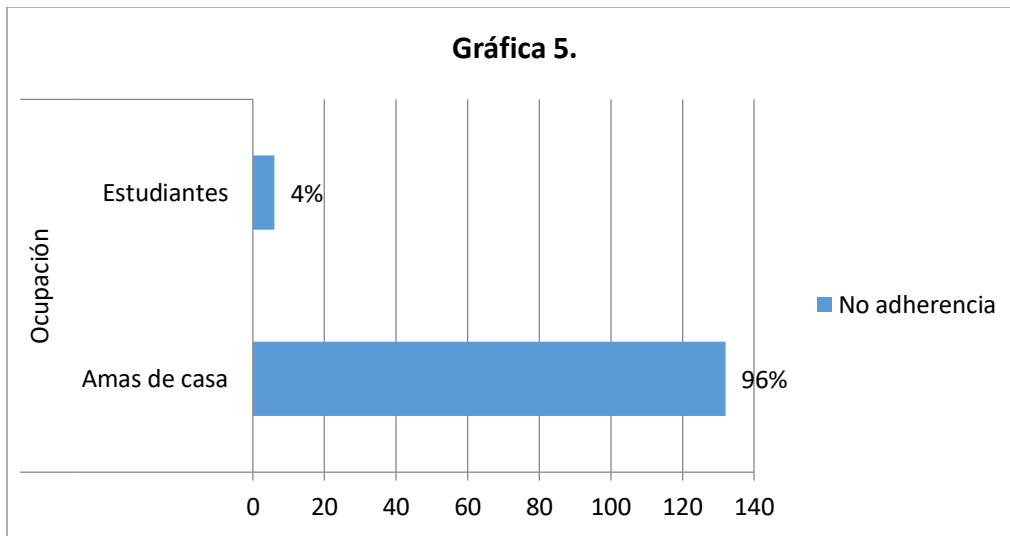
**Gráfica. 4 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según lugar de residencia, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018.**



En la gráfica 4. Se evidencia que las gestantes no adherentes al programa pareja generadora de vida, en un 46% son del resguardo de Caldono, seguidas por el resguardo de Pioja y la Aguada con un 15 %, y en menor proporción se encuentra el resguardo de pueblo nuevo, Las mercedes y la Laguna.

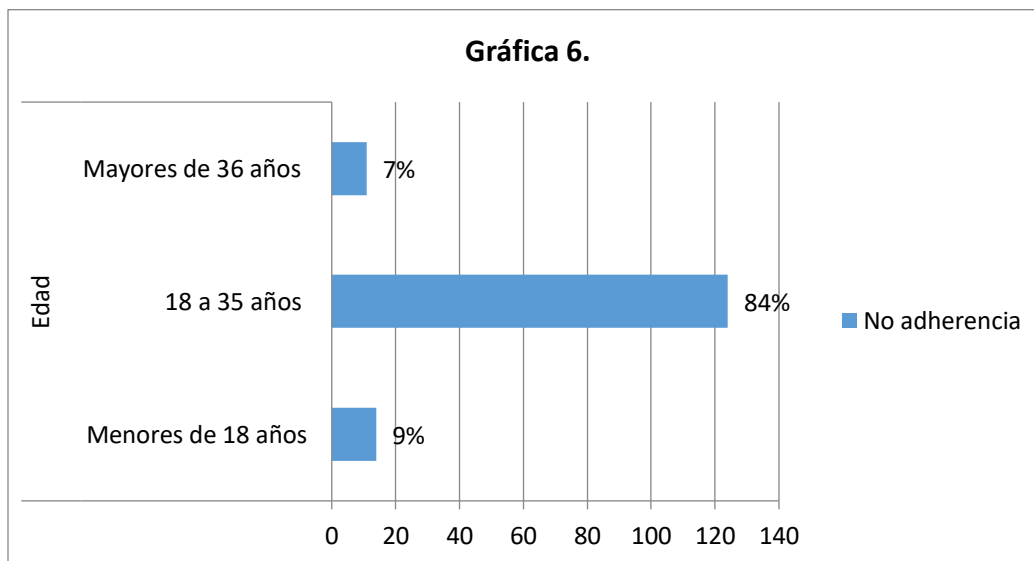
**Gráfica. 5 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según ocupación, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**





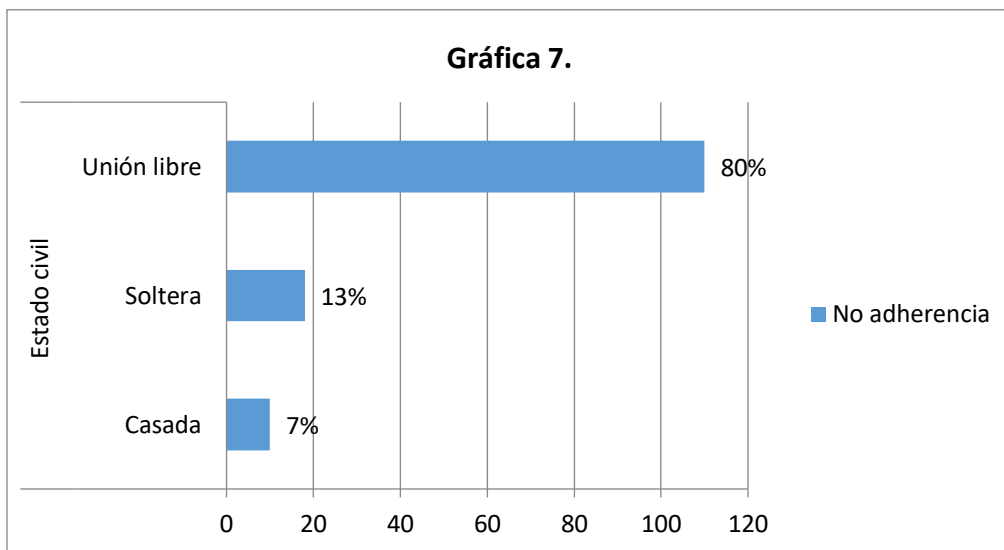
En la gráfica 5. Se puede evidenciar que las gestantes no adherentes al programa pareja generadora de vida en su gran mayoría eran amas de casa con un 96% y un 4% con ocupación estudiantes.

**Gráfica. 6 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según rangos de edad, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



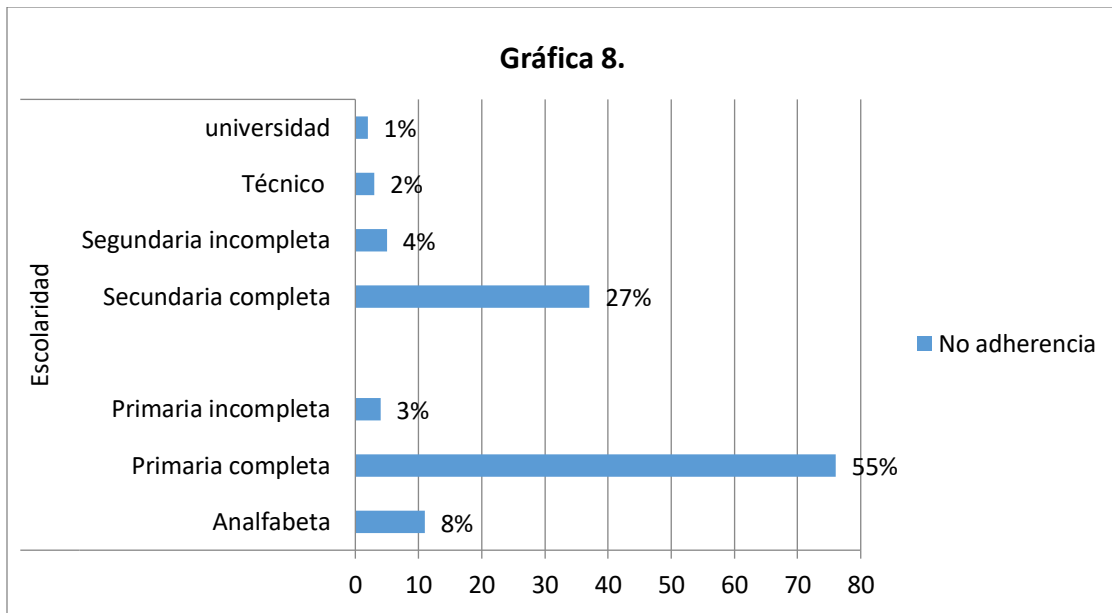
En la gráfica 6. se observa que las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida en su gran mayoría la edad oscila entre 18 a 35 años, de las cuales el 84% se consideran no adherentes al programa, un 9% son menores de 18 años y un 7% de son mayores de 36 años.

**Gráfica. 7 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según estado civil, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



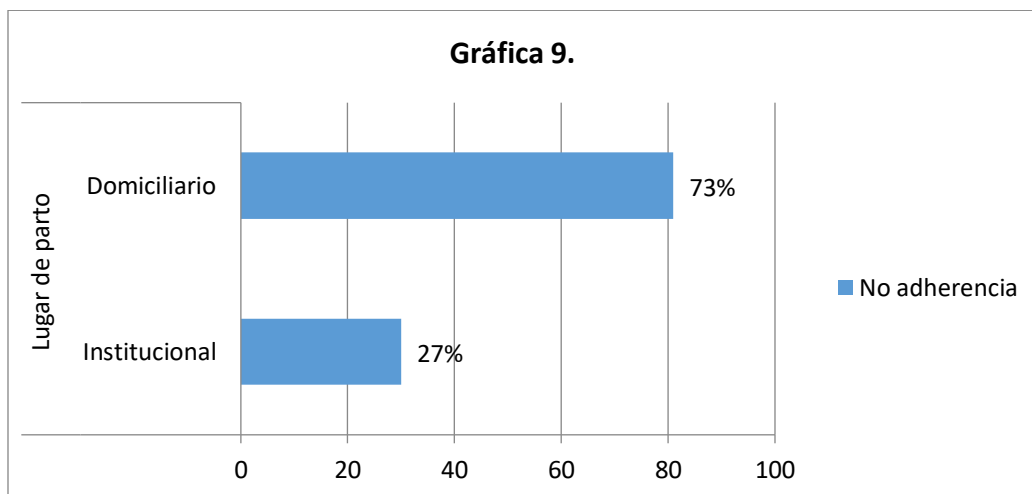
En la gráfica 7. Se puede evidenciar que las gestantes no adherentes al control prenatal, en un 80% viven en unión libre, seguidas por las gestantes solteras en un 13% y un 7% son casadas.

**Gráfica. 8 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según escolaridad, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



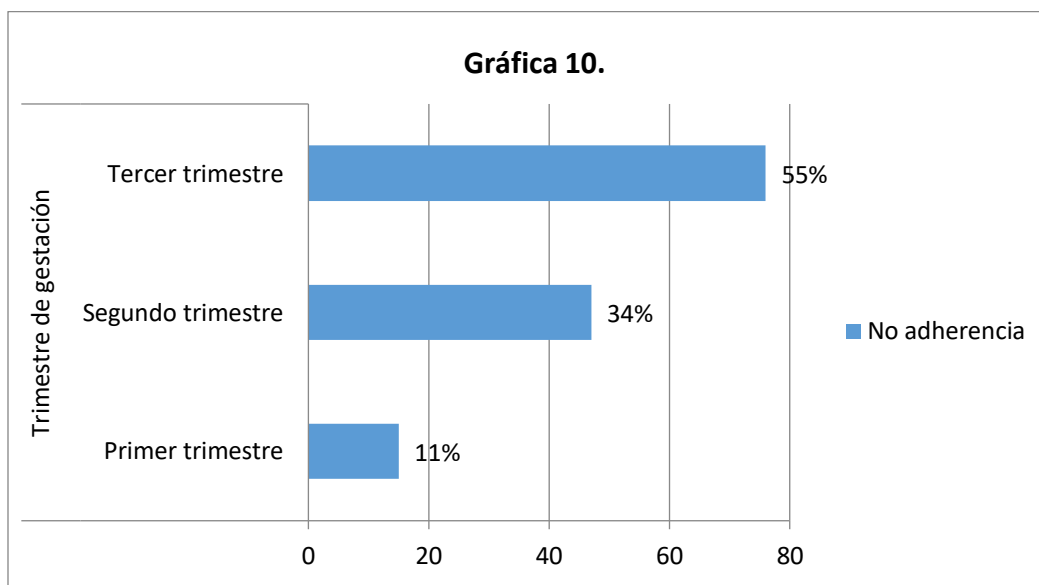
En la gráfica 8. Se observa que las gestantes no adherentes al programa pareja generadora de vida en un 55% han realizado la primaria completa, seguidas por un 27% de las gestantes que han realizado secundaria completa, en menor proporción se evidencia que el 8% son analfabetas, el 4% realizaron secundaria incompleta, 2% son técnicas y 1% universitarias.

**Gráfica. 9 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal según lugar del parto, inscritas al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



En la gráfica 9. Se evidencia que de las gestantes no adherentes el 73% el parto fue domiciliario y el 27% institucional, se puede inferir que las no adherentes a los controles prenatales asisten a la medicina propia.

**Gráfica. 10 Distribución porcentual de las gestantes no adherentes al control prenatal, con relación al trimestre de ingreso al programa pareja generadora de vida en el primer semestre 2018**



En la gráfica 10. Se observa que las gestantes no adherentes en su gran mayoría ingresaron en el último trimestre del embarazo para un total de 55%, seguida por un 34% de gestantes que ingresaron en el segundo trimestre y 11% en el primer trimestre.

## Discusión

Partiendo de los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación, cabe descartar que estos fueron descritos según categorización de variables y acorde a los datos sociodemográficos obtenemos que, según estado civil de las gestantes incluidas en el estudio, en un mayor porcentaje con un 75%, las mujeres viven en unión libre, un 17 % solteras y en menor con tal solo un 8% son casadas. Cuyos resultados se encuentran asociados a estudios con propósitos similares como el realizado por Cesar García Balaguera en el año 2016 cuyo propósito era identificar las barreras acceso y calidad al control prenatal en el cual se identificó que Según el estado civil, se contó con 15.03% de solteras, 10.78% de casadas, y en su mayoría con un porcentaje sobresaliente en 73.53% en unión libre y 0.65% separadas. De ellas, respecto a la ayuda familiar, el 90.52% la recibió y el 9.48% no. Lo anterior nos permite inferir que en su mayoría las gestantes cuentan con red de apoyo que evitara dificultades emocionales, económicas, entre otros factores que puedan generar afectación sobre el periodo de gestación.

Del mismo modo, otro factor importante para determinar la adherencia al control prenatal es la ocupación de las gestantes incluidas en el estudio, en el cual se identifica que en mayor porcentaje de gestantes son amas de casa con un 96% y solo un 4% de gestantes que son estudiantes, es decir, que con respecto a la ocupación se encontró que el no contar con un empleo aumenta la probabilidad de usar adecuadamente el control prenatal, resultados que son discordantes del estudio realizado por Munares en un hospital público de Perú, donde se encontró que aquellas gestantes que trabajan, expresan dificultades para obtener permisos y esto se asoció tres veces más a la probabilidad de abandonar el control prenatal.

Identificamos que d las mujeres gestantes de acuerdo a su edad en su mayoría se encuentran entre los 18 y 35 años con un porcentaje de 82% lo cual no implicaría un factor de riesgo durante

el periodo de gestación, sin embargo, en relación a nivel de adherencia encontramos que en su mayoría con un 55% no son adherentes al programa y en menor proporción un 44% se encuentran adherentes. Así mismo, en menor porcentaje para un total de 18% gestantes menores de 18 años y mayores de 35, para las cuales se identifica una elevada no adherencia correspondiente al 67% de gestantes o adherentes menores de los 18 años y mayores de 36 años con adherencia de 59% respecto a un 46% de no adherencia. Encontrando así, disminución de embarazos en adolescentes y según la última encuesta de demografía en salud del 2015, el porcentaje de embarazos estaban en un 17,4% que ha descendido un 2,1% del año 2010 al 2015 y que comparado para Cauca la disminución es la significativa en los últimos 6 años, por tanto, se evidencia el fortalecimiento de este ciclo de vida a partir de estrategias que generan sensibilización en la población y con ello reducción de los índices de morbimortalidad. Datos similares a los planteados en el estudio de Castillo donde la edad promedio de las mujeres embarazadas que más cumplen con las consultas es de 23 años. Y en el cual se indica una mayor responsabilidad y adherencia a control prenatal en mujeres de estas edades.

De acuerdo, a la zona geográfica el estudio expone que las gestantes inscritas en mayor porcentaje con un 97% de la población vive en la zona rural del municipio y tan solo un 3% en la zona urbana, las cuales se clasifican como no adherentes un total de 132 que residen en zona rural y 5 en zona urbana. Lo cual se encuentra ligado a la participación o cumplimiento al programa acorde a lo descrito por Gaviria et al en su estudio de “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. Realizado en Bogotá para el año 2010, quienes aseguran que uno de los factores que hacen que las gestantes inicien sus controles prenatales tardíamente son las barreras de acceso, entre estas la más evidente es la dificultad en el desplazamiento desde sus hogares al

centro de atención; debido a esto las gestantes inician controles prenatales en el tercer trimestre y, como consecuencia, presentan embarazos de alto riesgo y no se evidencia adherencia a las guías de control prenatal por parte de los centros de atención y/o los profesionales de la salud. Lo cual nos permite evidenciar que para nuestro estudio es importante fortalecer y dar continuidad las estrategias que facilitan el acceso al programa por parte de las gestantes ya que actualmente pese a las condiciones geográficas gran cantidad de gestantes que se encuentran inscritas al programa pareja generadora de vida y estas pertenecen a las diferentes veredas del municipio demostrando así la eficacia de las estrategias implementadas por el personal de salud comunitario a través de la demanda inducida y jornadas extramurales.

Del mismo modo, dicha población gestante en un 47% Pertenecen al resguardo de Caldon, y un 10 % y 7% resguardo de la aguada o Pioya y las mercedes. De las cuales se evidencia que 64 gestantes son adherentes y 63 no adherentes, seguidas por el 15% de gestantes del resguardo de pueblo nuevo con 23 gestantes adherentes y 18 no adherentes, en tercer lugar, se encuentra el resguardo de la laguna donde se inscribieron 24 gestantes clasificadas como adherentes y 7 no adherentes, y en menor porcentaje con un 10% y 7% las gestantes del resguardo de Pioya, la aguada y las mercedes. Presentan una baja y significativa adherencia al control prenatal evidenciando que aquellas gestante que acceden al programa lo hacen de acuerdo a su cercanía al casco urbano o donde se tienen sitios de atención definidos por parte de la IPSI frentes a los resguardos más lejanos a quienes se identifica que la falta de acceso impide su adherencia al programa.

La escolaridad es también identificado como un factor relevante para el estudio, encontrado que el 43% del total de gestantes realizaron primaria completa, el 34% secundaria completa, seguido por secundaria incompleta con un 7%, el 6% son analfabetas, el 5%, 4%, y 1%

realizaron primaria incompleta, técnico y universidad respectivamente, con estos datos podemos concluir que las gestantes incluidas tienen pobre formación académica y por esta razón es muy probable que no se tengan conocimientos adecuados sobre los cuidados durante la gestación y la importancia de asistencia a control prenatal. Sin embargo, pese lo anterior, evidenciamos que las gestantes con estudio superiores no cuentan con adecuada adherencia al programa lo que nos permite inferir que dicha situación podría ser a causa de las ocupaciones educativas o poca disponibilidad de tiempo, lo anterior acorde a lo identificado en encuestas realizadas por el DANE en el año 2014, en el cual las gestantes que cursaron sus estudios de primaria, secundario o lograron llegar a ser bachilleres correspondió a un 91%, lo cual es un porcentaje que evidencia alto factor de riesgo en la medida que el nivel académico sea menor, infiriendo que la falta de recursos económicos y el nivel de pobreza sobre la población es elevado lo cual aumenta el índice de deserción estudiantil, esto pasa posiblemente en aquellas que están cursando sus estudios de básica secundaria; Aquellas adolescentes que solo cuentan con los estudios de básica primaria se encuentran dentro de un grupo poblacional aún más vulnerable ya que su nivel de atención y comprensión les dificulta comprender y aceptar la importancia de la planificación familiar, mayor riesgo de inicio de vida sexual y por ende mayor reincidencia de presentar embarazos con posterior falta de adherencia del mismo. Así mismo, se encontró que cifras similares a las del estudio de Martínez en hospital de Perú donde un mayor nivel de estudios favorece la participación en las consultas prenatales. Esto último refleja la necesidad de formación e instrucción de las comunidades para una mejor y mayor apropiación de la información que reciben en beneficio de su salud.

Conforme a los antecedentes gestacionales se observa que las gestantes con mayor adherencia al programa pareja generadora de vida presentan un embarazo previo, mientras que



las menos adherentes no tienen antecedentes de embarazos, lo cual permite inferir que la experiencia de un embarazo permite reconocer la importancia de asistir o tener control sobre su embarazo disminuyendo las posibles complicaciones y el no contar con gestaciones previas impide asumir una posición responsable frente al embarazo a causa de la falta de conocimiento sobre los riesgos o implicaciones de dicha condición.

De acuerdo a la adherencia al programa pareja generadora de vida, Observamos que del total de gestantes objeto del estudio el 51% de acuerdo a la normatividad vigente no fueron adherentes al programa pareja generadora de vida, mientras que el 49% asistieron a 4 o más controles prenatales por lo que se considera que fueron adherentes al mismo. Lo cual nos permite identificar un riesgo considerándose un alto riesgo ya que los controles prenatales son los encargados de verificar el bienestar materno fetal, y estos deben realizarse en los diferentes trimestres del embarazo con los estudios u órdenes correspondientes que de no realizarse tienen mayor riesgo de presentar complicaciones como infecciones, patologías hipertensivas, amenazas de aborto o parto pretermo; Adicionalmente en estas gestantes los factores psicosociales determinan un papel fundamental en el bienestar materno fetal ya que la salud emocional puede intervenir de manera benéfica o no en el binomio. Por tanto se evidencia la necesidad de Fortalecer las actividades de la gestión del riesgo en salud, lo cual facilitara el seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo a programas de salud sexual y reproductiva como el de planificación familiar y pareja generadora de vida a través de la detección, captación de oportuna de gestantes y su educación o sensibilización sobre la importancia de acudir a controles prenatales lo que podría contribuir a disminuir la morbilidad materna y perinatal del municipio de Caldon.

Del mismo modo, la IPSI a través de su Base de datos del programa pareja generadora de vida genera estimado de controles a realizar por parte de la mujer gestante de acuerdo al trimestre de captación. En la cual se encuentra que el 52% de las gestantes adherentes al programa pareja generadora de vida asistieron a 5 o más de los controles programados, mientras que el 48% clasificadas como no adherentes no asistieron ni a la mitad de los controles programados. Lo cual nos permite evidenciar la asistencia a los controles prenatales disminuyendo riesgos de morbimortalidad y por ende evitando el crecimiento de índices negativos dentro del municipio, sin embargo en un menor porcentaje las gestante no acuden a controles prenatales lo cual puede ser a causa del ingreso tardío al programa o las barreras de desplazamiento y acceso a los servicios de salud. Es importante destacar también que el estudio realizado por estudiantes de la universidad de Cartagena en el municipio de bolívar Colombia para el año 2017, identifica que el hecho de asistir al control prenatal no indica en su totalidad que se haga un buen uso de este, puesto que la mayoría de las mujeres embarazadas de los 13 municipios de Bolívar asisten a dicho control, pero un porcentaje importante no ha tenido un seguimiento adecuado, lo que refleja existen fallas en la continuidad del servicio que pueden depender de la mujer, de su entorno familiar y de las condiciones en que se da el embarazo pero así mismo una necesidad elevada de la empatía, humanismo y comunicación de los profesionales de la salud para generar dicha adherencia al control prenatal, 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.

En relación a la adherencia de la mujer gestante a partir del trimestre de ingreso, evidenciamos que del total de gestantes clasificadas como inscritas al programa pareja generadora de vida, el 40% ingresaron en el segundo trimestre de gestación de las cuales el 60%

se encontraron adherentes al programa, seguido por el 31% que ingresaron en el tercer trimestre de gestación de los cuales un alto porcentaje con un 88% corresponde a las no adherentes, y un 29% ingresaron en el primer trimestre quienes en su mayoría presentaron adherencia al control prenatal siendo un 80%, lo cual permite identificar un mayor riesgo para el curso de la gestación, puesto que la guía de práctica clínica de alteraciones del embarazo del ministerio de protección social define un ideal de inicio de control prenatal antes de las 12 semanas de gestación lo cual se encuentra en contraposición al resultado del estudio, dado que en menor porcentaje con tan solo un 29% de las gestantes ingresan al programa, lo que impide la valoración, remisión, ordenes médicas y paraclínicos pertinentes y acordes a la edad gestacional de manera oportuna para reducir futuras complicaciones. Y que de las gestantes con un alto porcentaje de adherencia para los últimos trimestres y que sean identificadas con riesgos gestacionales puedan verse disminuidas las posibles intervenciones o tratamientos oportunos ante condiciones que intenten disminuir una posible complicación durante parto y posparto, con lo cual se infiere que la mayor dificultad parte del hecho de que las mujeres parecen no darse cuenta de su embarazo a tiempo y que el inicio de vida sexual actividad se da sin responsabilidad o el uso de métodos de anticoncepción, Así mismo, el resultado de este estudio se no se encuentra concordante con lo reportado por Moya en su estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga, Colombia; donde el 81 % inició las consultas prenatales de forma temprana, inscribiéndose en el programa en el primer trimestre del embarazo, que se considera el más importante para el seguimiento y detección temprana de las alteraciones. Por tanto, cabe descartar que no se puede considerar un control prenatal adecuado si la gestante realiza la inscripción al programa de forma tardía y que la oportunidad del acceso a este servicio de salud

es uno de los aspectos fundamentales para garantizar la calidad y la efectividad de los cuidados que se brindan a la madre y a su hijo por nacer.

Finalmente, se realizó el análisis de las atenciones del parto de las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida de las cuales se identificó que en su mayoría los partos fueron atendidos en la institucionalidad con un 55% y en menor proporción con un 44.6% resultaron en parto domiciliario. Sin embargo del mismo número de gestantes evidenciadas como no adherentes el 72% corresponden a atenciones en parto domiciliario y tan solo un 27% parto institucional lo cual permite inferir que la no adherencia para dicho caso está asociado a la implementación del modelo de salud propio en el territorio a través de la atención por médico tradiciones, partera, entre otros, lo cual permite se relacionado con la teorista Madeleine Lenninger con su teoría de enfermería transcultural puesto que en ellos se reconocen los factores de riesgo prenatales en mujeres indígenas, siendo necesario que los profesionales de enfermería, así como las otras profesionales deben asumir un papel activo que permita la relación o comunicación asertiva con la comunidad indígena generando la contribución continua a las instituciones de salud y así proponer las diferentes estrategias para las mujeres indígenas en edad reproductiva.

## Conclusiones

De acuerdo a la caracterización sociodemográfica se encontró que el mayor porcentaje de las gestantes objeto del estudio se encuentra entre los 18 a 35 años de edad, lo que disminuye el riesgo de comorbilidades durante la gestación.

El 75% de las gestantes viven en unión libre, siendo un factor protector al contar con red de apoyo durante el proceso gestacional.

El 97% de las gestantes objeto del estudio residen en zona rural, mientras que el 3% restante residen en zona urbana.

En mayor proporción las gestantes pertenecen al resguardo de Caldono con un 47%, siendo los resguardos de la Aguada, Pioya y las Mercedes con menor porcentaje de gestantes inscritas y adherentes al programa.

El 43 % de las gestantes realizaron primaria completa, seguido de un 34% que realizaron secundaria completa.

El 51% de las gestantes se consideran no adherentes al programa pareja generadora de vida ya que asistieron a menos de 4 controles prenatales, mientras que el 49% se clasifican como adherentes porque cumplieron con 4 o mas controles.

De las gestantes inscritas al programa pareja generadora de vida el 40% ingresaron en el segundo trimestre de las cuales un 60% son adherentes, seguido por un 31% que ingresaron en el tercer trimestre y un 29% en el primer trimestre.

El 55% de los partos fueron institucionales, mientras que el 45% fue parto domiciliario.

De la población gestante no adherente se identificó que el 72% finalizaron el embarazo con parto domiciliario y un 28% en parto institucional.

## Plan de mejoramiento

**NOMBRE DEL PROCESO:** plan de mejoramiento al programa pareja generadora de vida IPSI Ukawesx Nasa Cxhab

**META A LOGRAR:** Mejorar en la adherencia al control prenatal

POR QUÉ	CÓMO	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE
(Propósito de la actividad)	(Pautas para la realización de la actividad)	(Responsable de la actividad)	(Fecha de terminación de la actividad)	(Lugar donde se realiza la actividad)
Disminuir las barreras de acceso y mejorar la cobertura para la adherencia al control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación de cobertura con personal de salud comunitario.</li> <li>• Contratación de personal profesional para atención exclusiva de la población gestante, tanto para el control como seguimiento y educación</li> </ul>	Facilitador Técnico Administrativo	1 semestre 2019	
Promover campañas de concientización a la mujer generadora de vida para la	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración, sistematización, difusión y divulgación de material educativo en</li> </ul>	Facilitador Componente Educación formación e investigación	Bimensual	

---

realización de adecuado control prenatal y participación de curso psicoprofiláctico que permita disminuir la morbilidad materna y perinatal.	salud intercultural en la comunidad del programa pareja generadora de vida	Facilitador línea de intervención monitoreo y fomento de la salud	Semestral	IPSI Ukawesx Nasa Cxhab
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivar la participación de la población gestante en los cursos psicoprofilácticos</li> </ul>			
Mejorar el sistema de información para garantizar la calidad del dato de la base pareja generadora de vida.	Aplicación de nuevo software integral	Facilitador Técnico Administrativo	Segundo semestre 2019	
	Adecuación de proceso, procedimientos y formatos institucionales acordes a calidad del dato de programa pareja generador de vida			
Incrementar las capacitaciones al personal dinamizador de la IPSI	Realizar un plan de capacitaciones integral exclusivo para el personal de salud comunitario	Facilitador Componente Educación formación e investigación	Mensual	

---

---

Fortalecer los encuentros de intercambios de saberes	Realización de intercambio de saberes para fortalecer el conocimiento cultural, usos y costumbres		Trimestral
Identificar la percepción de la población gestante de la IPSI Ukawesx	Aplicar un instrumento que permita identificar la percepción de la población gestante frente a la importancia del control prenatal para fortalecer nuevas estrategias para la adherencia al programa	Facilitador Componente Educación formación e investigación	2 semestre 2019

---



## **Bibliografía**

- Beltrán LP, Castro AMP (2006). ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud* (4).
- Cansino, E., León, H., González, E., Sarmiento, R. & Yates, A. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PR ENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
- Camacho AV, OPS, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las Adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe revisión bibliografía 1988-1998, páginas 23 – 25, 60 - 64. Recuperada de: <http://www.adolec.org/pdf/Perfilweb.pdf>
- Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Lat. Am Enfermagem*. 2010;18(3):459-66.
- Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Lat. Am Enfermagem*. 2010;18(3):459-66.
- Moreno Leguizamón CJ. Salud-Enfermedad Y Cuerpo-Mente En La Medicina Ayurvédica De La India Y En La Biomedicina Contemporánea. *Antípoda Revista de Antropología y Arqueología*. 2006:91-121.
- Organización mundial de la salud (2015). Evolución de la mortalidad materna- Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf;jsessionid=B6C4C9E830C31C042E312E0C1E3B97D6?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=B6C4C9E830C31C042E312E0C1E3B97D6?sequence=1)

Universidad Nacional de Colombia - Alianza Cinet (2013). Guía De Práctica Clínica Para La Prevención Y Detección Temprana De Las Alteraciones Del Embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 64(3). Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n3/v64n3a05.pdf>

Valencia Cortés; Erika María, Arias Valencia; María Mercedes (2014). Reproductive calendar of the Embera eyabida indigenous groups from the Nusidó community in Frontino, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería.; 32, :337-46.

Valadez Figueroa, Isabel et al. Atención prenatal: Conocimientos, actitudes y cuidados alternos en Jalisco. En: Red de Revistas de América latina y el Caribe, España y Portugal –Redalyc-, volumen III, Numero 1, año 2001. Guadalajara-México. p. 39)

Viajaz J, Tapia L, Walsh C, Mora D, De Alarcón S, Ploskonka S, et al. Construyendo Interculturalidad Crítica. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz. 2010.

<https://www.significados.com/indigena/>

<https://www.significados.com/pluriculturalidad/>

<https://www.significados.com/cosmovision/>

<https://definicion.de/adherencia>

<http://www.bdigital.unal.edu.co/5416/1/539507.2011.pdf>

(<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>)

(<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Docs%20Series%20Documentales/salud%20materna%20indigena-baja.pdf>)

<http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/431/1/TESIS%20AJUSTADA%20MAYO%20JORGE%20LUIS%20Y%20ANGELICA.pdf>

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletines/boletin7maternidadIndigena/boletin7/resultados.html>

<http://repository.udca.edu.co:8080/bitstream/11158/464/1/TESIS%201.3%20elkin%281%29.pdf>