

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES DE LA RED DE SALUD LADERA IPS SILOÉ EN LA CIUDAD DE
CALI EN AÑO 2019”**

Miriam Natalia Martínez Muñoz

1.089.484.805

María José Sierra Plata

1.151.966.831

Alexandra Erazo Rodríguez

1.151.962.441

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SANTIAGO DE CALI

2019

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES DE LA RED DE SALUD LADERA IPS SILOÉ EN LA CIUDAD DE
CALI EN AÑO 2019”**

Miriam Natalia Martínez Muñoz

1.089.484.805

María José Sierra Plata

1.151.966.831

Alexandra Erazo Rodríguez

1.151.962.441

Director trabajo de grado:

Diana Loaiza Buitrago

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SANTIAGO DE CALI

2019

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	13
3.1 GENERAL	13
3.2 ESPECÍFICOS	13
4. MARCO REFERENCIAL	14
4.1 MARCO CONCEPTUAL	14
4.2 MARCO TEÓRICO	16
4.2.1. EMBARAZO	16
4.2.1.1. Fecundación	16
4.2.1.2. Etapas del embarazo	17
4.2.2 RIESGOS Y CUIDADOS EN CADA TRIMESTRE DEL EMBARAZO	18
4.2.3 PARTO	21
4.2.4 CONTROL PRENATAL	21
4.2.5. FACTORES RELACIONADOS A COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	23
4.3 MARCO ÉTICO	27
4.3.1 MARCO INTERNACIONAL	27
4.3.1.1 Declaración de Helsinki	27
4.3.1.2 Requisitos científicos y protocolos de investigación	28
4.3.1.3 PRINCIPIOS BIO-ETICOS UNIVERSALES	29
4.3.1.4. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS	30
4.3.2 MARCO ÉTICO NACIONAL	31
4.3.2.1 Ley 8430 de 1993	31
4.3.2.2 LEY 911 DE 2004	35
4.4 MARCO LEGAL	35
4.4.1 MARCO INTERNACIONAL:	35
4.4.2 MARCO NACIONAL	37
4.5 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (26)	42
4.6 TEORISTA DE ENFERMERIA	44
4.7 MARCO CONTEXTUAL	50
5 METODOLOGÍA	54
5.1 TIPO DE METODOLOGÍA	54
5.2 . POBLACIÓN Y MUESTRA	54
5.2.1 Delimitación De La Población (Universo)	54
5.2.2 Criterios de selección de la muestra	54
5.2.2.1 Criterios de inclusión	54
5.2.2.2 Criterios de Exclusión:	54

5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	58
5.3.1. Instrumento	58
5.3.2. Fases del Proceso investigativo	58
5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
6 RESULTADOS	61
6.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN LA IPS LADERA – SIGLO XXI	61
6.2. FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL IPS LADERA - SILOÉ	68
6.3. FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN LA IPS LADERA – SILOÉ	74
7 BIBLIOGRAFÍA	81
8 ANEXOS	85
8.1 ANEXO A	85
8.2 ANEXO B	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Procedencia de las gestantes que asisten al control prenatal en la IPS Ladera Siloé	61
Tabla 2. Distribución porcentual según rango de edad de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	62
Tabla 3. Distribución porcentual según rango de estrato socioeconómico de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	63
Tabla 4. Distribución porcentual según estado civil de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	64
Tabla 5. Distribución porcentual según escolaridad de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	65
Tabla 6. Distribución porcentual según ocupación de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	66
Tabla 7. Distribución porcentual según régimen de salud de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	67
Tabla 8. Distribución porcentual según embarazos previos de las gestantes que asisten al control prenatal de IPS de Cali en 2019	68
Tabla 9. Distribución porcentual según controles prenatales previos de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	69
Tabla 10. Distribución porcentual según estilo de vida de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	70
Tabla 11. Distribución porcentual según si asistió o no a un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	71
Tabla 12. Distribución porcentual según mes de inicio de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	72
Tabla 13. Distribución porcentual según influencia familiar de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	73
Tabla 14. Distribución porcentual según si aconsejan un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019	74
Tabla 15. Distribución porcentual según razón de inasistencia a los controles prenatales de una IPS de Cali en 2019	75
Tabla 16. Distribución porcentual según beneficio al control prenatal de una IPS de Cali en 2019	76
Tabla 17. Distribución porcentual según principal beneficio del control prenatal de una IPS de Cali en 2019	77
Tabla 18. Distribución porcentual según si les agrada el sitio de atención del control prenatal de una IPS de Cali en 2019	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Procedencia de las gestantes que asisten al control prenatal en la IPS Ladera Siloé	61
Gráfica 2. Distribución porcentual según rango de edad de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	62
Gráfica 3. Distribución porcentual según estrato socioeconómico de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	63
Gráfica 4. Distribución porcentual según estado civil de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	64
Gráfica 5. Distribución porcentual según escolaridad de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	65
Gráfica 6. Distribución porcentual según ocupación de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	66
Gráfica 7. Distribución porcentual según régimen de salud de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	67
Gráfica 8. Distribución porcentual según embarazos previos de las gestantes que asisten al control prenatal de IPS de Cali en 2019	68
Gráfica 9. Distribución porcentual según controles prenatales previos de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	69
Gráfica 10. Distribución porcentual según estilo de vida de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	70
Gráfica 11. Distribución porcentual según si asistió o no a un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	71
Gráfica 12. Distribución porcentual según mes de inicio de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	72
Gráfica 13. Distribución porcentual según influencia familiar de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	73
Gráfica 14. Distribución porcentual según si aconsejan un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019	74
Gráfica 15. Distribución porcentual según razón de inasistencia a los controles prenatales de una IPS de Cali en 2019	75
Gráfica 16. Distribución porcentual según beneficio al control prenatal de una IPS de Cali en 2019	76
Gráfica 17. Distribución porcentual según principal beneficio del control prenatal de una IPS de Cali en 2019	77
Gráfica 18. Distribución porcentual según si les agrada el sitio de atención del control prenatal de una IPS de Cali en 2019	78

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ruta Integral de Atención en Salud – Materno Perinatal	31
Ilustración 2 Teoría de enfermería de la adopción del rol maternal de Ramona Mercer	50
Ilustración 3: Mapa de ubicación de la comuna 20	52

INTRODUCCIÓN

El embarazo es el estado de la mujer gestante, en el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto al exterior. Su duración normal es de 38 semanas desde la fecundación, es decir 40 semanas desde la fecha de última regla. (6). El embarazo es un momento para retomar prácticas sobre el estilo de vida y para la toma de conciencia de cómo afectan los malos hábitos a la salud de las mujeres y a la de sus futuros hijos; debe ser un espacio en el que los profesionales de salud y las madres refuercen las acciones de cuidados en la medida que se detecten posibles complicaciones. (1)

Los factores socioeconómicos y demográficos en los que se desenvuelven un individuo o comunidad impactan de forma directa su salud. Así mismo el control y seguimiento de distintas patologías o eventos considerados fisiológicos, pero que en su evolución pueden entrañar algún riesgo, tales como el embarazo, pueden verse afectados por condicionantes ajenos al proceso físico en sí. Las diferencias socioeconómicas y culturales generan una desigualdad en salud que no solo aumentan la morbilidad general, sino que se traduce en una baja utilización de los servicios preventivos. (2)

El control prenatal, en este sentido, está encaminado en reducir la morbilidad neonatal, incidencia de recién nacido de bajo peso, morbilidad obstétrica, entre otras. Se define como un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, siendo el profesional de enfermería el idóneo en la realización de dicho control con el objetivo de vigilar y controlar el embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. (3)

Se debe tener en cuenta para dicha inasistencia la poca participación de la gestante a los controles que se realiza en las instituciones de salud, dando como variable o tomando en cuenta 30 más faltas en el proceso de control prenatal. La inasistencia al control prenatal, en contraste con el “cumplimiento terapéutico” que implica una actitud pasiva del individuo, hace referencia a la relación existente entre gestante y personal de salud que involucra cierta seguridad, confianza y una relación dialógica y activa, para que de esta manera se mitiguen o eliminen los riesgos y/o complicaciones, en este caso, durante la etapa del embarazo. Así, los alcances de dicha efectividad, hacen referencia al contacto y comunicación oportuna y temprana para procurar el fomento de la salud al binomio madre-hijo durante esta etapa y para prevenir situaciones que, dada la vulnerabilidad del proceso, coloquen en riesgo el buen desarrollo de la gestación. (4)

En cuanto a la importancia y el alcance está demostrado que la educación prenatal, juega un rol importante en la embarazada; ya que mediante a este, se tendrá una menor cantidad de complicaciones durante el embarazo y así mismo se obtendrá como resultado, recién nacidos fuertes sin complicaciones. El control prenatal permanente durante su embarazo y los cuidados que estos deben tener, son muy importantes, ya que está en juego dos vidas tanto de la madre como del

niño, afectando la conexión madre e hijo. En el presente trabajo se indagaron sobre algunos factores por los cuales se da la inasistencia al control prenatal reconociendo la importancia que tiene ésta a las acciones relacionadas que lidera el profesional de enfermería y que tiene implicaciones en la salud del binomio madre-hijo. El enfoque que se utilizó es cuantitativo, la recolección de datos se obtuvo por medio de la revisión inicial de la base de datos proporcionada por el programa de control prenatal de la IPS y por medio de una encuesta adaptada por las investigadoras y validada por expertos, la población objeto fueron las gestantes captadas en la red de salud ladera IPS Siglo XXI, donde no interrogamos a las gestantes de bajo riesgo y aquellas que no estuvieran en disposición de responder las preguntas por voluntad propia. El trabajo de campo, estuvo proyectado para el primer semestre del año 2019, previa autorización del Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali y el correspondiente permiso y consentimientos de la Institución Prestadora de Salud y madres involucradas en el estudio.

Con lo mencionado anteriormente, es por ello que tomamos a la enfermera Ramona Mercer como la teorista de nuestro trabajo, ya que ella menciona el cuidado de enfermería en el binomio madre-hijo proponiendo la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

Los resultados dieron cuenta de datos relevantes que serán un insumo para mejorar las intervenciones con respecto al control prenatal y a contribuir a disminuir el riesgo por complicaciones propias del embarazo en las gestantes que asisten a los controles prenatales de forma continua.

1. PROBLEMA

A nivel de la calidad de los servicios de salud, la inasistencia y/o el incumplimiento a las guías, la falta de registro de la historia clínica, las fallas en la detección de situaciones de riesgo, así como la falta de integridad de la atención frente a la promoción de la salud se han encontrado fallas en el seguimiento de la gestante, así como la educación e información adecuada. Al respecto, es un papel relevante el nivel educativo de las gestantes para tomar medidas de autocuidado y protección de su salud, en este caso la información o la educación que tenga la madre para tomar decisiones que tendrán un impacto en el proceso salud y enfermedad en el binomio madre e hijo.

Según la OMS en el año 2011, 536.000 mujeres murieron en el mundo por causas relacionadas con el embarazo (5), ya que no asistían puntualmente al control prenatal sin la posibilidad de identificar algún factor de riesgo a tiempo. Las estadísticas estiman una reducción de la morbilidad tanto de la gestante como del bebé de quienes asisten puntualmente al control prenatal identificando factores de riesgo a tiempo.

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado; La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. (6)

En efecto se puede observar como el nivel de educación a nivel de Colombia ha superado barreras trascendentales en el 2018, sin embargo, se estipula que en la educación media no alcanza los objetivos dando como resultado un 5.94% a comparación de la primaria y la secundaria que sí alcanzaron objetivos con 5.67% y 5.76% correspondiente (7).

En el mundo cada día se producen aproximadamente 830 muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto, casi todas en países en desarrollo y en su mayoría podrían ser evitadas. En Colombia la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo, entre 2011 y 2016 se produjeron 17.7 muertes menos por cada 100.000 nacidos. En la Ciudad de Cali se ha presentado 33% de muertes maternas (1) logrando una disminución a través de los años mientras que en el Valle del Cauca se ha incrementado, ya que en la ciudad de Buenaventura y Cartago los índices de muerte materna ascienden. (2) Las ocurrencias de las muertes maternas se reflejan en algunas zonas por las diferencias entre ricos y pobre, ya que se considera que más de la mitad de muertes maternas se producen en entornos frágiles y en contextos de crisis humanitarias.

El quintil que agrupa los departamentos más pobres del país experimenta una razón de mortalidad neonatal 3.02 veces más alta que el quintil de departamentos con menor índice de pobreza multidimensional como lo es Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, valle del cauca y Bogotá. Para el 2016 las razones de mortalidad más altas se encuentran en poblaciones indígenas y afro descendiente, alcanzando valores de 195.89 y 156.84 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente (8).

Como se ha evidenciado son múltiples los factores que pueden incidir en la asistencia oportuna a los controles prenatales, trascendiendo los factores individuales a condiciones o modos de vida más de tipo estructural y que pueden desencadenar inequidad en salud; resulta importante entonces, indagar cuales son las dificultades que refieren las gestantes para la no asistencia al control prenatal y que por lo tanto afectan la relación binomio madre-hijo, considerando que la evidencia científica es enfática en afirmar que las complicaciones de salud maternas y neonatales son prevenibles en la mayoría de sus casos con la asistencia oportuna al control prenatal.

¿Cuáles son los factores asociados a la inasistencia de las gestantes que están inscritas al control prenatal de la red de salud ladera IPS SIGLO XXI en la ciudad de Cali en el primer semestre del año 2019?

2. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se han establecido a nivel mundial parámetros mínimos que garanticen una atención materno perinatal de calidad, basada en conocimientos científicos y con racionalidad de recursos que favorezcan el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la gestación por medio del control prenatal, tal como lo plantea la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, dando como significado al control prenatal el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales de enfermería brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. (9)

La OMS ha publicado unas recomendaciones como: Intervenciones nutricionales, Evaluación materna y fetal, Medidas preventivas, Intervenciones para síntomas fisiológicos comunes, e intervenciones del sistema de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, ya que el año 2017, 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, dando claridad que la atención por parte de enfermería durante el embarazo y el parto previenen muchas de estas muertes.(9)

Este trabajo aportó beneficios tanto para el centro de salud como para el profesional de Enfermería y cada una de las gestantes que hacen parte del control prenatal, ya que con este resultado se logró identificar aquellas madres que no asisten al control prenatal oportuno, dejando a un lado el bienestar tanto del bebé como de la madre; se analizó cada uno de los factores que influyen en la no asistencia para así mismo, llegar a una conclusión y mostrando estadísticas a la entidad de salud de modo que se entablaron soluciones y/o recomendaciones que apunten al mejoramiento del programa de Control Prenatal de la institución y por supuesto al bienestar del binomio madre-hijo y de la comunidad en general, considerando que el control prenatal es importante en primera instancia para detectar malformaciones congénitas u otros problemas de desarrollo fetal y para el desarrollo humano en general.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Determinar algunos factores asociados a la inasistencia al control prenatal en las gestantes que asisten al control prenatal de la Red de Salud Ladera “IPS SIGLO XXI” en la ciudad de Cali en el primer semestre del año 2019.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a las gestantes que no cumplen con la asistencia a los controles prenatales.
2. Identificar algunos factores personales y familiares de la gestante relacionados a la inasistencia a los controles prenatales.
3. Describir algunos factores de tipo institucional que se relacionen a la inasistencia a los controles prenatales.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Embarazo: El embarazo es el estado de la mujer gestante, en el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto al exterior. Su duración normal es de 38 semanas desde la fecundación, es decir 40 semanas desde la fecha de última regla. (10)

Control prenatal: El control prenatal se define como el conjunto de acciones, actividades, procedimientos e intervenciones que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional. (11)

Cuidados: Cuidado es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. (12)

Enfermería: La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (13)

Inasistencia: La Real Academia Española, la define concretamente como la falta de asistencia a un lugar o evento donde se es esperado. Con respecto al trabajo de investigación, no se define específicamente la inasistencia al control prenatal, y por lo tanto no están delimitados los controles a los que deben asistir las gestantes. Sin embargo, se tomará en cuenta lo que muestra la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, en la que se define que para las nulíparas deben asistir a 10 citas y multíparas a 7 citas, refiere también que no se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia a un aumento de la mortalidad perinatal. En base a lo anterior, la Institución Prestadora de Salud donde se realizará el estudio, toma como base la inasistencia al control prenatal a partir de 3 citas, catalogando una práctica de riesgo para el binomio madre-hijo. Por lo tanto, las investigadoras asumen este número para dicha inasistencia. (14)

Determinantes de salud: Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (15).

FACTOR DE RIESGO: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.(16)

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad. La prevención de la enfermedad al igual que la promoción de la salud son estrategias de la Atención Primaria. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo (17).

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1. EMBARAZO

4.2.1.1. Fecundación

Una vez formados los gametos, para que se produzca un nuevo ser es necesario que el óvulo y el espermatozoide se junten y fusionen, a este proceso se le denomina fecundación. En la especie humana la fecundación es interna, es decir se produce dentro del cuerpo de la mujer, concretamente en las Trompas de Falopio.

Para ello es necesario que se produzca la copulación o coito que consiste en la introducción del pene en la vagina y la posterior eyaculación del semen (aunque, como veremos más adelante, en la actualidad existen técnicas de reproducción asistida mediante las cuales puede darse una fecundación in vitro, en el laboratorio).

Si no hay ningún obstáculo (algún método anticonceptivo) el semen pasará por la vagina, atravesará el útero y llegará a las Trompas de Falopio. De los cientos de miles de espermatozoides, solamente unos pocos llegarán hasta el óvulo y solamente uno podrá atravesar la membrana plasmática del óvulo y producirse la fecundación. Todos los demás espermatozoides son destruidos en el viaje. La razón de producirse millones de espermatozoides es para garantizar que, al menos uno, pueda alcanzar el óvulo.

El óvulo fecundado es una nueva célula que vuelve a tener 46 cromosomas, ya que tendrá los 23 cromosomas del óvulo más los 23 del espermatozoide y se denomina Cigoto. El cigoto comenzará un viaje hasta implantarse en el útero.

Durante este viaje comienza a dividirse y empieza a desarrollarse como embrión. A partir de las 16 células se empieza hablar de mórula, ya que su aspecto recuerda a una mora.

A continuación, algunas células continúan dividiéndose y desplazándose y pasan a un estado que se denomina blástula.

En este estado es como llega al útero y se produce la implantación o nidación

En el esquema se resume el viaje del embrión hasta el útero, que dura aproximadamente una semana.

La primera señal de que se ha producido un embarazo es que desaparece la menstruación. El embarazo es la fase de desarrollo del óvulo fecundado, este proceso dura 9 meses y se realiza en el útero.

Cuando la blástula se implanta en el endometrio uterino, se desarrolla el saco amniótico que albergará al embrión. El saco amniótico está lleno de líquido amniótico que amortigua los posibles golpes que reciba.

Entre el útero y el embrión se desarrollará la placenta que permitirá alimentar al embrión y retirar y eliminar los productos de desecho, también actuará como barrera defensiva. La comunicación entre la placenta y el embrión se realiza a través del denominado cordón umbilical, por el que pasan dos arterias y una vena.

A lo largo de los nueve meses de embarazo se van produciendo cambios morfológicos y fisiológicos:

Primer trimestre: Implantación en el útero y primeras fases del desarrollo. En el segundo mes ya están desarrollados todos los órganos y algunos comienzan a funcionar. Crece rápidamente, pero de forma desigual, crece sobre todo la cabeza que se distingue del resto del cuerpo. A partir del tercer mes recibe el nombre de feto, mide aproximadamente 3 centímetros y pesa unos 10 gramos.

Segundo trimestre: El vientre de la mujer crece al aumentar el tamaño del útero. Hacia el quinto mes el desarrollo del vientre llega hasta el ombligo. Las mamas aumentan de tamaño y la mujer nota los movimientos del futuro bebé. Todos los órganos están perfectamente desarrollados y el feto crece. Al final de este trimestre mide cerca de 30 centímetros y pesa 1 kilo.

Tercer trimestre: El útero alcanza el máximo desarrollo. Los órganos maduran, sobre todo los pulmones y el tejido adiposo bajo la piel. El feto cambia de postura y se sitúa boca abajo. A partir del séptimo mes el feto ya sería viable y podría sobrevivir si naciera en ese momento. Al final del embarazo el bebé puede medir entre los 45 y 50 centímetros y pesa entre 2.5 y 3 kilos.

4.2.1.2. Etapas del embarazo

El embarazo de los seres humanos dura aproximadamente 40 semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación. Existen, básicamente, tres etapas del embarazo, denominadas primer, segundo y tercer trimestre, en los cuales se suceden muchos cambios en el cuerpo de la mujer y por supuesto, en el desarrollo del bebé.

Primer trimestre

En las primeras etapas del embarazo, la mujer sufre cambios hormonales muy importantes, que pueden provocar diversos síntomas, entre los cuales cabe destacar:

- Sensación de fatiga extrema.
- Náuseas y/o vómitos, especialmente por la mañana.
- Sensibilidad e hinchazón en los senos.
- Cambios de humor.
- Acidez estomacal.
- Estreñimiento.
- Antojo o rechazo por determinados alimentos.

Algunas mujeres pueden presentar muchos de los síntomas mencionados, mientras que otras no sienten ningún tipo de molestias en las primeras etapas del embarazo.

Al mismo tiempo, el bebé se desarrolla rápidamente, su corazón comienza a latir, su cabeza, sus brazos y piernas crecen, y hacia el final del primer trimestre, ya puede conocerse el sexo del bebé.

Segundo trimestre

De las diferentes etapas del embarazo, ésta es muchas veces la más llevadera, ya que en general se sienten menos molestias. Es probable que las náuseas desaparezcan, el cuerpo se habitúa al cambio hormonal y el abdomen comienza a crecer. El bebé continúa desarrollándose, se forman muchos de sus órganos internos; la madre puede notar algunos movimientos del bebé, que ya es capaz de succionar, rascarse, oír y tragar.

Tercer trimestre

Es la última de las etapas del embarazo: el bebé crece aceleradamente, acumula tejido graso y el útero, muy distendido, comienza a hacer presión sobre la vejiga y el estómago. Así, es posible que la madre tenga que comer porciones reducidas y necesite orinar con mayor frecuencia. Con el aumento del peso abdominal pueden aparecer algunos dolores en el hueso púbico, la zona lumbar o la ingle.

El bebé ya patea con fuerza, aunque en las últimas semanas ya no tendrá mucho espacio para moverse. Los pulmones completan su desarrollo y a partir de la semana 37, el bebé está listo para nacer. (18)

4.2.2 Riesgos y cuidados en cada trimestre del embarazo

Primer trimestre

Es muy importante tomar suficiente ácido fólico cuando estás tratando de concebir y durante el primer trimestre de embarazo, ya que reduce significativamente el riesgo que tu bebé desarrolle defectos de nacimiento como la espina bífida.

Debes visitar o informar al médico cuando:

- Tienes sangrado o cólicos.
- Tienes mayor flujo vaginal o con olor.
- Tienes fiebre, escalofríos o dolor al orinar.
- Tienes alguna pregunta o inquietud respecto a su salud o al embarazo.

Los cuidados durante el primer trimestre se debe mantener una rutina saludable que nos ayude a estar en las mejores condiciones como:

Evita el tabaco: Fumar aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo, incluyendo abortos, problemas en la placenta y parto prematuro. Fumar también retrasa el crecimiento del bebé en gestación.

Evita las bebidas alcohólicas: Incluso una sola bebida alcohólica al día puede incrementar los riesgos de que tu bebé presenta bajo peso al nacer o que

desarrolle problemas de aprendizaje, habla, concentración, lenguaje e hiperactividad.

Evita actividades arriesgadas durante el embarazo: Algunas actividades, trabajos y pasatiempos pueden ser peligrosos para tu bebé en desarrollo y deberías evitarlas por el momento. Si te encuentras expuesta de forma rutinaria a químicos, metales pesados (como el plomo o el mercurio) o a algunos agentes biológicos o a radiaciones, como puede suceder en algunos empleos médicos y de laboratorio, necesitarás hacer cambios lo más pronto posible.

Evita alimentos peligrosos: Durante el embarazo es especialmente importante evitar ciertos alimentos que pudieran contener bacterias, parásitos o toxinas, como carne poco cocida, quesos blandos sin pasteurizar y cualquier cosa que contenga huevos crudos. Asimismo, sushi o ceviche hechos con pescado crudo y otros mariscos, pescado que contenga grandes cantidades de mercurio y verduras crudas sin desinfectar. (19)

Segundo trimestre:

Cuidados en el segundo trimestre:

1. La circulación sanguínea de retorno se complica según avanza el embarazo.
2. Para prevenir las varices procura estar poco tiempo de pie, sentarse con las piernas en alto, caminar a menudo, evitar el calor excesivo, llevar zapatos cómodos y de tacón bajo y si es necesario, usar medias de compresión decreciente.
3. Para contrarrestar el estreñimiento, que puede agravarse conforme aumenta el peso y la presión del feto, conviene beber mucha agua y tomar alimentos ricos en fibra (frutas, hortalizas y verduras.) No se deben tomar laxantes ni ninguna otra solución sin consultar al médico.
4. Para prevenir los gases hay que evitar las bebidas carbonatadas. Para aliviarlos es bueno caminar.
5. Es el momento de iniciar los cursos de preparación a la maternidad si no se ha hecho antes (suele haber una charla informativa en el primer trimestre).
6. En estas sesiones periódicas con la matrona se realizan ejercicios que ayudan a mejorar la respiración de cara al parto y aliviar las molestias típicas del embarazo, pero también se aprenden muchos conceptos útiles de cara a la maternidad y se conocen a otras mujeres que están viviendo una situación similar, que sufren las mismas molestias y afrontan los mismos miedos y pueden entender a la embarazada mejor que nadie.(20)

Riesgos en el embarazo

1. **Incompetencia ístmico-cervical:** Cuando se tiene incompetencia ístmico-cervical, el cérvix se dilata antes de tiempo, normalmente entre la semana 14 y la 17, haciendo que las membranas se deslicen hacia la vagina y se rompan, con el consecuente nacimiento prematuro del bebé. Algunas señales de alerta son la sensación de pesadez pélvica o presión en el abdomen y sangrado.
2. **Preeclampsia:** Es una condición asintomática que se da sólo durante el embarazo y consiste en una elevada presión sanguínea y la presencia de proteína en la orina, que puede ir acompañada de edema (hinchazón de extremidades y cara). La preeclampsia puede aparecer a partir de la semana 20 de embarazo y se estima que afecta al 7% de casos, especialmente los primerizos y los múltiples (gemelos o más).
3. **Incompatibilidad Rh:** Ocurre cuando el tipo de sangre de la madre es Rh negativo y la de su bebé es Rh positivo, factor heredado del padre. Normalmente esta incompatibilidad no ocasiona problemas en el primer embarazo, pero si por algún motivo la sangre del bebé y de la madre se mezclan, el organismo de la mamá puede crear anticuerpos para el factor Rh de su hijo, y esos anticuerpos pueden en un segundo embarazo (con un bebé Rh positivo) traspasar la placenta, entrar al sistema circulatorio del nuevo bebé y comenzar a destruir sus glóbulos rojos.
4. **Placenta previa:** Es la implantación de la placenta en la parte baja del útero, lo que bloquea el cérvix. La placenta previa puede producirse de tres maneras: marginal (ubicándose cerca del cuello uterino, pero sin obstruir), parcial (cubre parte de la abertura cervical) y completa (cubre toda la apertura cervical). Esta condición ocasiona que durante el parto el bebé no pueda pasar por el conducto cervical sin romper previamente la placenta, afectando así su propio abastecimiento de sangre y provocando una hemorragia severa en la mamá.(21)

Tercer trimestre:

Al séptimo mes de embarazo, el feto ha ocupado casi todo el espacio disponible en el útero y muchos bebés se acomodan tomando una posición invertida. Así, el movimiento de pies y rodillas se torna más libre y puede percibirse desde el exterior del vientre materno.

Al octavo mes, sólo falta que el bebé desarrolle ciertos tejidos pulmonares superficiales y una buena capa de tejido adiposo aislante, con el fin de estar listo para nacer. En esta etapa el bebé suele presentar hipo, que puede ser causado porque traga y bota por la boca porciones de líquido amniótico.

En el último mes de embarazo, el bebé ya no tiene suficiente espacio en el útero por lo que sus movimientos son de menor amplitud. La madre presenta dolor en cadera y espalda, mayor cansancio físico, dificultad para caminar y en algunas ocasiones falta de sueño.

El cuello del útero comenzará a abrirse y dilatarse para prepararse para el parto. Esto puede suceder unas pocas semanas antes del parto o podría empezar cuando una mujer entra en trabajo de parto.

La mujer puede sentir dolores punzantes en la vagina, el cuello se acorta hasta borrarse totalmente y se dilata hasta lograr el tamaño adecuado para el paso del bebé.

Simultáneamente, el bebé desciende por el efecto de la gravedad y por el impulso de las contracciones uterinas. Para descender, el bebé debe efectuar distintos movimientos para acomodarse en la pelvis de la mamá a medida que el cuello del útero se dilata. Debe rotar sobre sí mismo para impulsarse hacia el mundo exterior durante el período expulsivo. (22)

4.2.3 Parto

Al final de los nueve meses se produce el parto o nacimiento.

Fase de dilatación: el útero y la pelvis se dilatan para permitir el paso del bebé. Se rompe el saco amniótico y sale el líquido amniótico, lo que popularmente se conoce como "romper aguas". Puede durar desde 3 a 14 horas. En mujeres primerizas es más largo.

Fase de expulsión: el bebé sale a través de la vagina. Se corta el cordón umbilical y a partir de ese momento el bebé puede comenzar una vida independiente. Suele durar entre 15 y 30 minutos. Por último, se expulsa la placenta, unos 15-30 minutos después y termina el parto. (23)

4.2.4 Control prenatal

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. v 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 prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generan 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.

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión.

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

4.2.5. FACTORES RELACIONADOS A COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

- Edad materna menor a 17 años
- Edad materna mayor a 35 años
- Relación peso / talla (IMC) – Obesidad > 29 – Delgadez < 20
- 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 pre término
- 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.

ANTECEDENTES MÉDICOS A TENER EN CUENTA EN EL EMBARAZO ACTUAL

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad renal
- Diabetes
- Endocrinopatías
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedad hematológica
- Epilepsia y otras enfermedades neurológicas
- Enfermedad psiquiátrica
- Enfermedad hepática con insuficiencia
- Enfermedad autoinmune con afectación sistémica
- Tromboembolismo
- Patología médico-quirúrgica grave
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Anemia
- Diabetes gestacional
- Infección urinaria de repetición
- Infección de transmisión perinatal
- ISO inmunización

- Rh
- Embarazo múltiple
- 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 pre término
- 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.

Los componentes de la consulta preconcepcional son:

- Historia clínica preconcepcional, con énfasis en:
- Inmunizaciones previas.
- Viajes a zonas endémicas de enfermedades que puedan poner en riesgo la gestación (malaria, fiebre amarilla, dengue, hepatitis B, entre otras).
- Medicaciones. v Síntomas actuales.
- Antecedentes obstétricos.
 - Características de los embarazos previos.
 - Características de los ciclos menstruales.
 - Métodos de planificación.
 - Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
 - Antecedentes genéticos en la familia.
 - Historia de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.
 - Hábitos dietarios.
 - Nivel socioeconómico.
- Exposiciones en el sitio de trabajo a factores de riesgo para la gestación.
- Soporte social.
- Violencia potencial.
- Hábitos de ejercicio.
- Laboratorios preconcepcionales como: toxoplasma IgG, HIV, CH, parcial de orina, hemoclasificación, VDRL, glicemia, citología cérvico-vaginal (esquema 1-1-3), Ac IgG anti rubéola.
- Compañero sexual actual: riesgo ETS, edad, riesgo genético (antecedentes familiares).

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

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

La historia clínica debe constar de:

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

La paciente es valorada integralmente por el médico general y por enfermera jefe, y de acuerdo con la valoración del riesgo será valorada por el médico gineco obstetra. 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 gineco-obstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34.

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 v 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.
- Exámenes: Hemoclasificación, Hemograma completo, Serología VDRL, Uro análisis, Glucemia, Ecografía, Elisa para VIH, HbsAg, Citología cervical, Frotis de flujo vaginal, Urocultivo.
- 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.

4.3 MARCO ÉTICO

4.3.1 Marco internacional

4.3.1.1 Declaración de Helsinki

Ha sido promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos. Por muchos es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos, a pesar de que no es un instrumento legal que vincule internacionalmente. Su autoridad emana del grado de codificación interna y de la influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional.

- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
- La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable.

Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

4.3.1.2 Requisitos científicos y protocolos de investigación

- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
- Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.
- Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.
- El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.
- Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.
- Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.(27)

4.3.1.3 PRINCIPIOS BIO-ETICOS UNIVERSALES

Es preciso imponer siempre un límite a las decisiones profesionales, y este límite implica el respeto a la libre decisión del paciente, a la expresión de su personalidad en su dignidad de ser humano; se les debe ayudar y aconsejar, pero no forzar sus decisiones. Las formas y modalidades de la comunicación de la "verdad" al paciente y a sus familiares revisten la característica de obligación moral y con inusitada frecuencia imponen un dilema bioético que plantea aprender a decir la verdad, pero no toda la verdad en un instante, sino aquella parte que les beneficie y no la que les hiere. De modo que no se limita a los cuatro principios, en tanto que la Bioética demanda la integración del conocimiento científico en conexión con una totalidad: la de los seres vivos en su vinculación con lo orgánico e inorgánico. Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: Se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que es. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA: Se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

PRINCIPIO DE LA JUSTICIA: Encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.(28)

4.3.1.4. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios:

- Que en teoría tienen igual fuerza moral
- Guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción.

Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos. El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
- b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas.

El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables. En general, los patrocinadores de una investigación o los investigadores mismos, no pueden ser considerados responsables de las condiciones injustas del lugar en que se realiza la investigación, pero deben abstenerse de prácticas que podrían aumentar la injusticia o contribuir a nuevas desigualdades. Tampoco debieran sacar provecho de la relativa incapacidad de los países de bajos recursos o de las poblaciones vulnerables para proteger sus propios intereses, realizando una investigación de bajo costo y evitando los complejos sistemas de regulación de los países industrializados con el propósito de desarrollar productos para los mercados

de aquellos países. En general, el proyecto de investigación debiera dejar a los países o comunidades de bajos recursos mejor de lo que estaban o, por lo menos, no peor. Debiera responder a sus necesidades y prioridades de salud, de modo que cualquier producto que se desarrolle quede razonablemente a su alcance y, tanto como sea posible, dejar a la población en mejor posición para obtener atención de salud efectiva y proteger su salud.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.(29)

4.3.2 Marco ético nacional

4.3.2.1 Ley 8430 de 1993

Que el artículo 8o de la Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, determina que corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema.

Que el artículo 2o del Decreto 2164 de 1992, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, establece que éste formulará las normas científicas y administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema.

TITULO II.

DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.

CAPÍTULO 1.

DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

c. Se realizará sólo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación

g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

ARTÍCULO 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 11. Para efectos de este reglamento la investigación se clasifica con riesgo mínimo:

a. Investigación con riesgo mínimo: La resolución detalla en esta clasificación procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos, la presente investigación no realiza tales procedimientos, pero se considera riesgo mínimo al abordar a gestantes mediante revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que posiblemente se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CAPÍTULO IV. DE LA INVESTIGACIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EMBARAZADAS, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PUERPERIO, LACTANCIA Y RECIÉN NACIDOS; DE LA UTILIZACIÓN DE EMBRIONES, ÓBITOS Y FETOS Y DE LA FERTILIZACIÓN ARTIFICIAL.

ARTÍCULO 29. En las investigaciones clasificadas como de riesgo mayor que el mínimo, que se realicen en mujeres en edad fértil, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Certificar que las mujeres no están embarazadas previamente a su aceptación como sujetos de investigación.
- b) Disminuir en lo posible las probabilidades de embarazo durante el desarrollo de la investigación.

ARTÍCULO 30. Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivos o muertos; de la utilización de embriones, óbitos o fetos; y para la fertilización artificial, se requiere obtener el Consentimiento Informado de la mujer y de su cónyuge o compañero de acuerdo a lo estipulado en los artículos 15 y 16 de este reglamento, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso. El Consentimiento Informado del cónyuge o compañero solo podrá dispensar en caso de incapacidad o imposibilidad fehaciente o manifiesta para proporcionarle; porque el compañero no se haga cargo de la mujer o, bien, cuando exista riesgo inminente para la salud o la vida de la mujer, embrión, feto o recién nacido.

ARTICULO 31.

Las investigaciones que se realicen en mujeres embarazadas deberán estar precedidas de estudios realizados en mujeres no embarazadas que demuestren seguridad, a excepción de estudios específicos que requieran de dicha condición.

ARTÍCULO 32. Las investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.

ARTÍCULO 33. Las investigaciones en mujeres embarazadas que impliquen una intervención o procedimiento experimental no relacionado con el embarazo, pero con beneficio terapéutico para la mujer, como sería en casos de toxemia gravídica, diabetes, hipertensión y neoplasias, entre otros, no deberán exponer al embrión o al feto a un riesgo mayor al mínimo, excepto cuando el empleo de la intervención o procedimiento se justifique para salvar la vida de la mujer.

ARTÍCULO 34. Las investigaciones en mujeres embarazadas, con beneficio terapéutico relacionado con el embarazo, se permitirán cuando:

a) Tengan por objeto mejorar la salud de la embarazada con un riesgo mínimo para el embrión o el feto.

b) Estén encaminadas a incrementar la viabilidad del feto, con un riesgo mínimo para la embarazada.

ARTÍCULO 35. Durante la ejecución de investigaciones en mujeres embarazadas:

a) Los investigadores no tendrán autoridad para decidir sobre el momento, método o procedimiento empleados para terminar el embarazo, ni participación en decisiones sobre la viabilidad del feto.

b) Queda estrictamente prohibido otorgar estímulos, monetarios o de otro tipo, para interrumpir el embarazo, por el interés de la investigación o por otras razones.

ARTÍCULO 36. El Consentimiento Informado para investigaciones durante el trabajo de parto deberá obtenerse de acuerdo con lo estipulado en los artículos 14, 15 y 16 de este reglamento, antes de que aquél se inicie y señalando expresamente que éste puede ser retirado en cualquier momento del trabajo de parto.

ARTÍCULO 37. Las investigaciones en mujeres durante el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre ni con la del recién nacido.

ARTÍCULO 38. Las investigaciones en mujeres durante la lactancia serán autorizadas cuando no exista riesgo para el lactante o cuando la madre decida no amamantarlo; se asegure su alimentación por otro método y se obtenga el Consentimiento Informado de acuerdo con lo estipulado en los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución.

ARTÍCULO 39. Los fetos serán sujetos de investigación solamente si las técnicas y medios utilizados proporcionan máxima seguridad para ellos y la embarazada.

ARTÍCULO 40. Los recién nacidos serán sujetos de investigación solamente si las técnicas y medios utilizados proporcionan máxima seguridad para ellos y la madre.

ARTÍCULO 41. Los recién nacidos no serán sujetos de investigación, excepto cuando ésta tenga por objeto: aumentar su probabilidad de sobrevivencia hasta la fase de viabilidad; los procedimientos no causan el cese de funciones vitales, o cuando, sin agregar ningún riesgo, se busque obtener conocimientos generalizables importantes que no puedan obtenerse de otro modo.

ARTÍCULO 42. Los nacimientos vivos podrán ser sujetos de investigación si se cumple con las disposiciones sobre investigación en menores, indicadas en esta resolución.

ARTÍCULO 43. Las investigaciones con embriones, óbitos, fetos, nacimientos muertos, materia fecal macerada, células, tejidos y órganos extraídos de éstos, serán realizadas de acuerdo con lo dispuesto en este reglamento.

ARTÍCULO 44. La investigación sobre fertilización artificial sólo será admisible cuando se aplique a la solución de problemas de esterilidad que no se puedan resolver de otra manera, respetándose el punto de vista moral, cultural y social de la pareja.

4.3.2.2 LEY 911 DE 2004

El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

Además de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2o, los principios éticos de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica profesional de la enfermería en Colombia.

ARTÍCULO 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermeras nacionales e internacionales.

ARTÍCULO 30. El profesional de enfermería no debe realizar ni participar en investigaciones científicas que utilicen personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no puedan otorgar libremente su consentimiento. Hacerlo constituye falta grave.

ARTÍCULO 34. El profesional de enfermería respetará la propiedad intelectual de los estudiantes, colegas y otros profesionales que comparten su función de investigación y de docencia.

4.4 MARCO LEGAL

4.4.1 MARCO INTERNACIONAL:

Los derechos de la mujer embarazada se derivan de la Declaración de los Derechos Humanos, aprobada en 1948, y de las posteriores declaraciones y convenciones que la ONU ha adoptado para visibilizar los derechos de la mujer sin distinciones de raza, edad, origen, nacionalidad, religión o condición social.

Algunos de ellos las han institucionalizado y posteriormente las han traducido a leyes, códigos, normas y reglas de obligado cumplimiento. Otros, por el contrario, se niegan a reconocer tales nociones y no las aplican.

Las situaciones de guerra que se presentan actualmente en zonas como Siria, Libia, Sudán, República Centroafricana y Colombia, entre otras, dificultan la protección de las mujeres embarazadas y de las mujeres en general. “Las mujeres y las niñas refugiadas corren más riesgos de sufrir violencia sexual y abusos”, señala un portavoz de uno de los centros de atención a refugiados en Tovamik, Croacia. “A veces esto también ocurre en centros de acogida atestados, o en otros lugares como parques, plazas y estaciones de tren, donde se suelen congregan los inmigrantes en su tránsito hacia nuevos destinos”(30)

La Declaración y Programa de Acción de Viena (ONU, 1993), establece que los derechos de las mujeres son una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales, y especifica que: El derecho de la mujer a la atención médica accesible y adecuada y la más amplia gama de servicios de planificación familiar “y la necesidad de abordar la violencia de género. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos dio mucha importancia a los derechos de las mujeres como resultado de una campaña mundial masiva por una alianza de casi un millar de organizaciones no gubernamentales, que señalaron la falta de derechos en materia de salud, las preocupaciones mundiales sobre la salud sexual y reproductiva y la necesidad de fortalecer la aplicación de la Convención de la Mujer.

La Conferencia Mundial de El Cairo (1994) deja claro que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Adicionalmente, establece el marco general de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos reconocidos en diferentes instrumentos internacionales y normas y leyes de los países que se acogieron al plan de acción de la CIPD.

NORMATIVA 011 DEL 2008

“NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO”

La presente normativa tiene por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, institucionalizando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que puedan ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutoria, permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se deriven de esta atención para lograr la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

4.4.2 MARCO NACIONAL

Constitución de 1991: La lucha de las mujeres por el reconocimiento de su ciudadanía plena y de iguales derechos con respecto a los hombres, ha sido reconocida históricamente como la única revolución pacífica de todos los tiempos. Los medios usados para promover los cambios y su trascendencia permiten otorgar ese calificativo a las líderes del movimiento de mujeres, mientras éstas continúan siendo víctimas de discriminación y violencia, en ámbitos privados y públicos.

Para transformar la grave situación de los derechos humanos de las mujeres en Colombia, las mujeres y sus organizaciones han promovido acciones reivindicativas. Estas acciones han tenido mayores posibilidades de concreción y éxito a partir de la expedición de la Constitución Política de 1991, que creó una plataforma para la ampliación de libertades y garantía de los derechos de las mujeres.

El tránsito fundamental que conlleva la Constitución de 1991, de un Estado de Derecho a un Estado Social de Derecho, marca un paso hacia el rechazo expreso de la discriminación jurídica y fáctica hacia las mujeres.

La inclusión de derechos en la Constitución de 1886, como el reconocimiento del derecho al sufragio, a acceder a la educación superior, a la libre administración sus bienes otorgado a la mujer casada, la abolición de la potestad marital y de la progresión de reglas posteriores más equitativas entre los sexos dentro del régimen marital y familia, no fueron suficientes para dar el salto a un ordenamiento jurídico que dejará de justificar y legitimar la discriminación y violencia contra las mujeres.

LEY 100 DE 1993: La ley reúne las normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas para garantizar la calidad de vida. Mediante ella se establecen los siguientes frentes: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en salud, Sistema General de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

LEY 266 DE 1996: la presente ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la constitución nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

1. Integralidad: Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

2. Individualidad: Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y a la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

3. Dialogicidad: Fundamenta la interrelación enfermera, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que aseguran una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas del cuidado.

4. Calidad: Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico científico, social, humano y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

5. Continuidad: Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

MIAS

El Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS es el marco operativo de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS que, a partir de las estrategias en ella definida, desarrolla un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos); de procesos de priorización y de intervención; y de arreglos institucionales que buscan coordinar las acciones de cada uno de los integrantes del sistema con una visión centrada en las personas (**Resolución 0429 de 2016, Artículo 3**).

El propósito del Modelo Integral de Atención en Salud es lograr la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de las personas, la población y los territorios. Esto demanda, entre otras cosas, la armonización de los objetivos y estrategias del sistema de salud con los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

La implementación del Modelo Integral de Atención en Salud les **corresponde a todos los actores del sistema:**

- Al usuario quién es responsable del autocuidado
- Entidades territoriales
- Entidades administradoras de planes de beneficios
- Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS de naturaleza pública, privada o mixta
- Entidades del sector salud y de otros sectores que tengan dentro de sus funciones y competencias la atención en salud(31)

MIAS SALUD MATERNO-PERINATAL El abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y postparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permite sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos.

- En Colombia, un número importante de mujeres gestantes mueren al año, en promedio durante un día, 40 mujeres embarazadas están cerca de la muerte, la mayoría de las veces por causas prevenibles que están relacionadas con hipertensión asociada al embarazo, hemorragia o infección.
- Nuestro país ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones y redes de movilización social y la gestión de la comunicación y del conocimiento, impactando en la reducción de brechas de equidad y el fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud.
- Estos aspectos en su conjunto permiten actuar de manera más consistente y oportuna a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo de las gestantes procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de mortalidad materna y morbilidad materna extrema. En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna. (24)

Ruta integral de atención materna perinatal

La RIAMP reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública como condición inherente para materializar la atención integral en salud, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos.

Este planteamiento es vital, en el entendido de que la gestión de la salud pública es la herramienta, por excelencia, que potencia la rectoría sanitaria nacional y territorial orientada a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. Articula esfuerzos, recursos y capacidades con todos los integrantes del SGSSS, los diferentes sectores y la comunidad así mismo armoniza y asegura el financiamiento sostenible nacional y territorial, aplicando el marco de política y normativo, asegurando su legalidad, institucionalidad, legitimidad y fortaleciendo la gobernanza en salud, y se constituye en el elemento esencial para la operación de las intervenciones (colectivas, familiares e individuales) que constituyen esta ruta.

La gestión para la operación de la RIAMP se ordena a partir de los elementos centrales que incorpora el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). Además de dichas orientaciones generales, se presentan los siguientes aspectos específicos de la gestión para el desarrollo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal:

- Generación de información sobre las características, situación y determinantes de la salud de la población materno – perinatal que sirva para aportar a la implementación progresiva de la RIAMP, las modalidades de prestación requeridas para las intervenciones, las necesidades de adaptación y la orientación para el diseño de los procesos de información y educación.
- Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo con las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos, que propendan por ejemplo por acciones afirmativas de la mujer en el entorno laboral.
- Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en la RIAMP incluyendo la adaptabilidad y progresividad.
- Gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población materno – perinatal en todos los ámbitos territoriales de operación del MIAS.

- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIAMP.
- Gestión de la demanda inducida para el acceso a los procedimientos individuales contemplados.
- Generación de acuerdos para complementariedad de la atención por los diferentes planes de beneficios. Así, las intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana; protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud), están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PB-UPC) y las intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental) están a cargo del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Para la ejecución de las intervenciones que se pueden desarrollar con cargo a ambos planes de beneficios, como son la educación, los tamizajes para eventos de alta externalidad y la información en salud, se deben definir:
 - i) los ámbitos territoriales,
 - ii) los entornos,
 - iii) los contenidos y
 - iv) las capacidades a desarrollar.
- Identificación, disposición y divulgación del conocimiento y evidencia sobre estrategias, programas, proyectos o iniciativas que soporten el diseño e implementación de las intervenciones colectivas dirigidas a mujeres gestantes.
- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en:
- Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos de la mujer dentro del proceso reproductivo (autonomía reproductiva, derecho a la información y educación en su salud sexual y reproductiva, acompañamiento de su elección durante el proceso de parto, elección de analgesia, etc.).
- Enfoque de género.
- Enfoque Interseccional.
- Roles y estereotipos frente a la sexualidad y reproducción de hombres y las mujeres.
- Conductas proscritas de la atención que configuren violencia contra la mujer.
- Aspectos técnicos presentados en el presente lineamiento relacionados con los contenidos y características de la atención.

- Promoción de la participación de las mujeres gestantes y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. De esta manera, se debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención, el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por la RIAMP.
- Realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos.(25)

4.5 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (26)

Ilustración 1. Ruta Integral de Atención en Salud – Materno Perinatal



Fuente: Tomado del Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, Gobierno de Colombia, Minsalud (25)

DERECHOS DE LA GESTANTE

1. El derecho al pleno respeto a la integridad del cuerpo.

2. El derecho a la educación y la información en sexualidad.
3. El derecho a explorar la propia sexualidad sin miedo, vergüenza, falsas creencias y culpas.
4. El derecho a expresar la sexualidad independientemente de la reproducción.
5. El derecho a decidir si se quiere o no tener hijos/as, y cuándo
6. Derecho a la vida: a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto.
7. El derecho a la salud sexual para lo cual se requiere acceso a toda la información sobre sexualidad y salud, educación y servicios confidenciales de la más alta calidad posibles.
8. El derecho a una vida libre de violencia, que rechazan las agresiones físicas, psicológicas y sexuales.
9. El derecho a la libertad y seguridad, decidiendo tener unas relaciones sexuales, con quién y con qué frecuencia.
10. El derecho a casarse o no y de formar o no una familia.
11. El derecho a la atención y protección de la salud y el derecho a los beneficios del progreso científico.
12. El derecho a la intimidad y a confiar los sentimientos de la vida privada a quién se estime conveniente, ya sea médico/a, matrona u otro personal de salud.
13. Derecho a una atención médica de buena calidad.
14. Derecho a la libertad de elección
15. Derecho de autodeterminación
16. Si el paciente se encuentra en estado de inconsciencia debe obtener el consentimiento de un Representante Legal si la ley así lo permite.
17. Si el paciente está legalmente incapacitado también se deberá obtener el consentimiento de un Representante Legal, pero el paciente será participe en las decisiones al máximo que le permita su incapacidad
18. Los procedimientos que se realicen en contra de la voluntad del paciente se podrán realizar solo en casos excepcionales únicamente si lo autoriza la ley conforme a los principios de ética médica
19. Derecho a la información
20. Derecho al secreto
21. Derecho a la educación sobre la salud

22. Derecho a la dignidad

23. Derecho a la asistencia religiosa.(32)

4.6 TEORISTA DE ENFERMERIA



Ramona Thieme Mercer (nacida el 4 de octubre de 1929) es la autora de una teoría de enfermería de rango medio conocida como logro del rol materno. Mercer ha contribuido con muchos trabajos al refinamiento de esta teoría y se le acredita como enfermera teórica. Fue profesora Nahm 1984 en la Universidad de California.

Mercer obtuvo un diploma de la Escuela de Enfermería de St. Margaret en Montgomery, Alabama. Obtuvo una licenciatura en enfermería con distinción de la Universidad de Nuevo México en 1962, seguida de una maestría en enfermería materno infantil de la Universidad Emory en 1964. Durante diez años, trabajó como enfermera de personal, enfermera jefe e instructora. Fue profesora en la Universidad de Emory durante cinco años hasta que se fue para realizar estudios de doctorado en enfermería de maternidad en la Universidad de Pittsburgh. (3)

PRUEBAS EMPÍRICAS

Para sus estudios Mercer seleccionó tanto las variables maternas, como las infantiles, según la revisión que realizó de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas. Observó que un gran número de factores pueden tener influencia directa o indirecta sobre el rol materno lo que hizo su trabajo aún más complejo. Los factores maternos de Mercer incluyen condiciones como la edad del primer nacimiento, la experiencia

del nacimiento, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes etc.

Mercer ha analizado estas variables en sus estudios con muchos intervalos, como el periodo posparto después de un mes, cuatro meses, ocho meses y un año. En su estudio no solo incluye madres maduras, sino madres adolescentes, madres enfermas, madres mayores que deben afrontar problemas congénitos, familias que experimentan el estrés posparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea etc.

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

PERSONA

Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:

1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
2. Además de la socialización de la madre la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas
3. El compañero del rol de la madre.
4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo su rol maternal.
5. El compañero íntimo de la madre o el padre
6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.

CUIDADO O ENFERMERÍA

Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además, define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

SALUD

Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del

niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno.

ENTORNO

Mercer definió el entorno como el desarrollo de una persona/rol va ligada directamente a este, y no definirse cada uno, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Mercer en su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo. Define el microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El meso sistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del meso sistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno.

La adopción del rol sigue cuatro estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

- Anticipación.
- Informal.
- Personal

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, estos se ven influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar.

Las características y conductas maternas son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el auto concepto. Las características del niño que afectan la identidad del rol materno son el temperamento, la apariencia, la capacidad para enviar mensajes, la respuesta, características generales y la salud.

La etapa de la identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, esta emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía.

Mercer afirma que la identidad del rol tiene componentes internos y externos; la identidad es la visión interiorizada de uno mismo y el rol es un componente conductual externo.

FORMA LÓGICA

Mercer utilizó la lógica deductiva en inductiva para desarrollar el marco teórico del estudio de los factores que influyen en la adopción del rol maternal durante el primer año de maternidad en su teoría. La lógica deductiva se refleja en el uso de trabajos de otros trabajadores e investigadores. Mediante la práctica y la investigación.

ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA

PRÁCTICA PROFESIONAL

Esta teoría está muy orientada hacia la práctica. Sus conceptos se presentan en muchos libros de texto de obstetricia y muchas enfermeras lo utilizan en la práctica. La teoría de Mercer también es útil para las enfermeras que trabajan en maternidades. Por otra parte, también la teoría de Mercer se ha utilizado para organizar el cuidado del paciente.

FORMACIÓN

El trabajo de Mercer ha aparecido ampliamente en los textos enfermeros, pero no solo en relación a la adopción del rol maternal.

INVESTIGACIÓN

Mercer propone que los estudiantes se impliquen en las investigaciones del profesorado. Durante su periodo de profesora participó en la elaboración de tesis y tesinas de graduación, ha utilizado su trabajo en muchos temas de investigación de estudiantes de graduación.

DESARROLLOS POSTERIORES

Mercer utiliza su investigación inicial como base para otros estudios. En sus investigaciones posteriores tenía como objetivo identificar los elementos que predicen la unión materno familiar con la base de la experiencia materna en el nacimiento y en el estado de riesgo materno.

Según Mercer hay muchas áreas que necesitan un estudio más detallado. Es necesario investigar y revisar más el modelo causal propuesto, desarrollado para predecir las relaciones con el compañero.

En los estudios de rol paterno Mercer observó índices de depresión más elevados en los padres inexpertos, recalcó la necesidad de realizar más investigaciones para desarrollar intervenciones contra las depresiones entre los padres primerizos.

CLARIDAD

Los conceptos, las variables y las relaciones no siempre se definen explícitamente pero sí se describen y están implícitos.

SIMPLICIDAD

A pesar del gran número de conceptos y de relaciones, el marco teórico para la adopción del rol materno organiza un fenómeno bastante complejo de un modo fácil de comprender y útil. La teoría es predictiva y sirve para guiar la práctica. Los conceptos no son específicos para el tiempo y el espacio y son abstractos, pero pueden describir y funcionar, ya que los conceptos no son mal interpretados fácilmente.

GENERALIDAD

La teoría de Mercer es específica de la enfermería de relación entre los padres y el hijo, aún han sido utilizadas por otras disciplinas preocupadas por la maternidad y paternidad. La teoría puede generalizarse para todas las mujeres del embarazo hasta el primer año de nacimiento, independiente de la edad del número de hijos o del entorno. Está entre las pocas teorías aplicables a los pacientes de alto riesgo y a sus familias, puede aplicarse a grandes ambientes pediátricos.

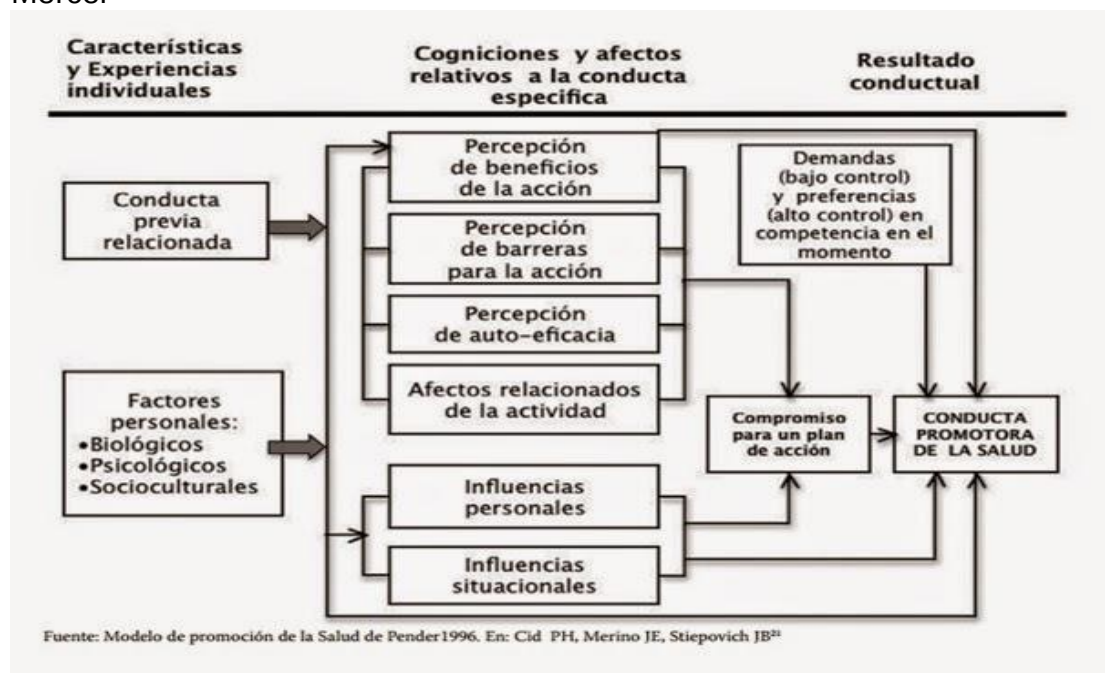
PRECISIÓN EMPÍRICA

El proceso de Mercer procede de grandes esfuerzos de investigación. Los conceptos, los supuestos y las relaciones se sustentan principalmente en observaciones empíricas y son coherentes. El grado de concreción y plenitud de las definiciones funcionales aumentan la precisión empírica. El marco teórico para estudiar las diferencias entre los grupos de edad de madres primerizas es tributario de probarlo más a fondo y de que otros puedan utilizarlo.

CONSECUENCIAS DEDUCIBLES

El marco para la adopción del rol maternal en el primer año ha demostrado ser útil, práctico y valioso para las enfermeras. El trabajo de Mercer se ha utilizado en repetidas ocasiones en la investigación, la práctica y la formación. El marco también puede aplicarse a cualquier disciplina que funcione con madres y niños en el primer año de maternidad. (33)

Ilustración 2 Teoría de enfermería de la adopción del rol maternal de Ramona Mercer



Fuente. Teorías intermedias, teoría de la adopción del rol maternal de Ramona Mercer(34)

4.7 MARCO CONTEXTUAL

COMUNA 20 DE LA CIUDAD DE CALI

La comuna 20 se encuentra en el occidente de la ciudad. Delimita por el sur con el corregimiento La Buitrera, por el oriente, con la comuna 19 y por el norte y occidente con el corregimiento de los Andes. (Ver Mapa 1-1). La comuna 20 cubre el 2% del área total del municipio de Santiago de Cali con 243,9 hectáreas, que, en términos comparativos, corresponde al 44,4% del área promedio por comuna de la capital.

Cultura, recreación y deporte

Insuficientes escenarios y programas para diversas disciplinas deportivas y recreativas En la comuna 20 existen pocos escenarios deportivos y recreativos para diversas disciplinas deportivas, pero además los que existen se encuentran en mal estado. Por otra parte, programas deportivos y recreativos comunitarios y extracurriculares en los colegios son insuficientes, debido, entre otras cosas, a que los docentes no son especializados en educación física. Por último, los recursos que recibe la comuna por parte del Estado para recreación y deporte no alcanzan a satisfacer las necesidades de la comunidad.

Salud

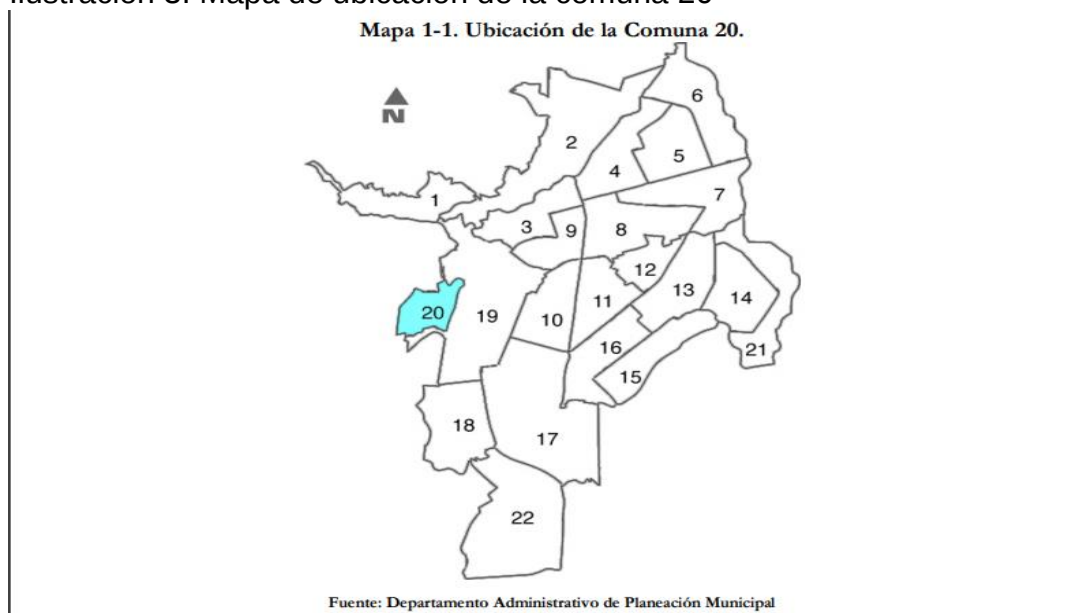
La comuna 20 posee cuatro puestos de salud (8,2% del total) y ningún centro de salud, centro hospital, hospital o clínica. En otras palabras, hay 6,1 puestos de salud por cada 100.000 habitantes en la comuna; cifra cercana a la de Cali (6,5).

Es importante resaltar que, esta zona específica de la parte sur de Cali presenta una oferta relativamente baja de infraestructura en salud al compararse con el promedio de todas las comunas de Santiago de Cali, sin embargo, sólo hay 6 comunas con mayor oferta.

Vivienda y medio ambiente

Cuencas hidrográficas de la comuna 20 en mal estado. La comunidad manifiesta que los controles en materia de medio ambiente aplicados por las autoridades competentes como el DAGMA son insuficientes y laxos, además la comunidad tiene un bajo sentido de pertenencia lo que propicia una conducta negativa frente al cuidado de las zonas verdes, quebradas etc. Por último, en algunos sectores el nivel de las casas no permite verter las aguas sucias al alcantarillado por lo que estas familias han decidido hacerlo en las quebradas. Todo lo anterior trae como consecuencias los desbordamientos de tierras, inundaciones, la proliferación de enfermedades por roedores, infecciones en la piel, EDA y el incremento de costos en el servicio de alcantarillado (EMSIRVA y EMCALI) debido a que éste no es prestado totalmente, pero se cobra como tal.

Ilustración 3: Mapa de ubicación de la comuna 20



Fuente: Tomado del Departamento Administrativo de Planeación Municipal (35)

Con el Acuerdo 106 de 2003, el Concejo de Santiago de Cali creó las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) con el objetivo de descentralizar la prestación de los servicios de salud de primer nivel del municipio.

Estas empresas fueron creadas con el propósito fundamental de facilitar el acceso de la población, de escasos recursos y vulnerable, a los servicios públicos de la salud, mejorando la cobertura y logrando una mayor eficiencia del sistema de prestación de servicios.

Las Empresas Sociales del Estado creadas mediante este Acuerdo se denominan: Red de Salud de Ladera E.S.E., Red de Salud del Norte E.S.E., Red de Salud del Centro E.S.E, Red de Salud del Oriente E.S.E y, Red de Salud del Suroriente E.S.E.

En 2003 fue creada la Red de Salud de Ladera E.S.E como institución de baja complejidad con un área de influencia en las comunas: 1, 3, 17, 18, 19, 20 y los corregimientos de la zona rural de Cali La Buitrera, Cascajal, Villa Carmelo, Pance-Vorágine, Hormiguero, Saladito, Felidia, La Leonera, Pichindé, Los Andes, Montebello, Golondrinas, Alto Aguacatal, La Castilla, La Paz, La Elvira.

En el nivel municipal, la Red de Ladera es la más extensa en su área de influencia donde se refleja la diversidad social y cultural, destacándose la prestación de servicios a la población en situación de calle o riesgo, población desplazada, indígena y afrodescendientes.

La Empresa cuenta con un recurso humano calificado, con experiencia y proyección humana en la atención de usuarios, distribuido en la parte asistencial y administrativa, adscrito a sus 38 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y sintonizado con las necesidades y expectativas relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la población de su zona de influencia.

El Hospital Cañaveralejo es la principal IPS de la Red de Salud de Ladera, es una institución de primer nivel que a lo largo de sus 30 años de historia ha experimentado un dinámico y completo proceso de transformación en sus distintas áreas de servicio, especialmente en las áreas de Urgencias, Cirugía, Hospitalización Partos y Consulta Externa. Estas se fortalecen con los servicios siempre disponibles de medicina interna, pediatría, ginecología, laboratorio, odontología y psicología para ofrecer a los usuarios alternativas integrales en salud para prevenir enfermedades en el niño, el adulto, el joven y la mujer.

Igualmente cuenta en la oferta de sus servicios de salud con grupos extramurales con enfoque familiar y comunitario los cuales se desplazan semanalmente en Jornadas de Salud y visitas domiciliarias a diferentes áreas urbanas y rurales.

Desde su creación la Red de Salud de Ladera E.S.E. ha tenido como propósito responder a los principios orientadores de su constitución garantizando la oferta de servicios de salud con calidad, oportunidad, accesibilidad, integralidad, pertinencia, eficiencia, equidad, continuidad, participación, orientación familiar y comunitaria de la atención en salud.

La Red de Ladera E.S.E. ofrece servicios de salud con calidad promoviendo estilos de vida saludables, la intersectorial y la participación comunitaria creando de esta forma conciencia para el autocuidado individual, familiar y social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En mayo de 2007 fue públicamente certificada por el ICONTEC respecto a la norma ISO 9001:2000-NTC, en la toma de muestras, procesamiento y análisis del

laboratorio clínico de bajo nivel de complejidad al igual que los procesos administrativos y de apoyo en el Centro de Salud de Siloé; convirtiéndose en la primera E.S.E. del municipio de Cali en ser certificada. En el mes de marzo del año 2009 y por tercera vez consecutiva, dicha certificación fue ratificada. (36)

SIGLO XXI

El presidente de la República, Juan Manuel Santos, estará este sábado 7 de abril del 2018 en Cali conociendo de primera mano la nueva IPS Siloé, una obra que ya está en funcionamiento y que representa un enorme indicador de progreso en la atención médica para la población de este sector de la ciudad, especialmente de la comuna 20, con servicios de salud dignos y al alcance de todos.

La visita del presidente Santos, al igual que el ministro de salud Alejandro Gaviria, estará enmarcada en el Día Mundial de Salud con motivo de los buenos indicadores en esta materia, alcanzados por el gobierno del alcalde Maurice Armitage y que serán reconocidos por el Gobierno Nacional como un importante aporte en el logro de los objetivos del milenio.

“Esta obra representa una inversión de más de 22 mil millones de pesos, invertidos no solamente en la infraestructura física, sino en mobiliario clínico, equipos biomédicos y tecnologías limpias”, indicó el secretario de Salud Pública, Alexander Durán, quien resaltó el compromiso y la decidida gestión del alcalde Armitage, en la consecución de los recursos propios que hicieron posible sacar adelante esta obra de la que ya se benefician los caleños.

Este “hospital verde” está diseñado para respetar los recursos naturales con alternativas como la reutilización de agua, recuperación de aguas lluvias, iluminación inteligente y paneles solares de apoyo a la generación eléctrica.

En un área de 4.500 metros cuadrados, la IPS Siglo XXI, contempla un moderno servicio de urgencias, consulta externa con 28 consultorios, odontología, atención pediátrica, dermatología, nutrición y terapia física, entre otros, además de una completa sección de hospitalización de 600 metros cuadrados.

Esta IPS es administrada por la Red de Salud Ladera y representa una oportunidad de vida para toda la comunidad. (4)

5 METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE METODOLOGÍA

Estudio de enfoque cuantitativo descriptivo, ya que se utilizó la recolección y análisis de los datos para afinar la pregunta de investigación y revelar nuevas interrogantes en el proceso de investigación.

Se realizó un estudio de tipo exploratorio descriptivo; en la medida que se revisó la base de datos con el objetivo de verificar qué gestantes no están asistiendo oportunamente a los controles prenatales y que cuentan con 3 o más inasistencias a estos, y se describieron algunos factores asociados a la inasistencia ampliados en la encuesta que fue elaborada por las investigadoras, basadas en el trabajo de investigación de “Factores de necesidad asociados al uso adecuado de los controles prenatales” de la revista Cuidarte y del modelo de investigación de los factores de maternos de la teorista de enfermería Ramona Mercer (39). El corte del estudio es transversal, cuyo tiempo para llevarlo a cabo será en el primer semestre del año 2019.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 Delimitación De La Población (Universo)

La población estuvo constituida por todas las gestantes que están inscritas al programa de control prenatal en la Red de Salud Ladera “IPS Siglo XXI” Muestra

La muestra estuvo conformada por las gestantes que no asisten a los controles prenatales o presentan criterios de inasistencia, el cual fue conformado por 38 gestantes.

El tipo de muestra fue probabilística, cuya característica fundamental fue el empleo de procedimientos aleatorios en el que cada miembro de la población tuvo la misma probabilidad de ser incluido en el estudio.

5.2.2 Criterios de selección de la muestra

5.2.2.1 Criterios de inclusión

1. Gestantes que presentan los criterios de inasistencia al control prenatal
2. Gestantes que estén inscritas al control prenatal nulíparas o multíparas
3. Voluntad expresa de participar en el estudio

5.2.2.2 Criterios de Exclusión:

1. La gestante que no desee participar en el estudio
2. Gestantes con embarazo de alto riesgo.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Operacional	tipo naturaleza	Escalas De medición	Unidad de Medida
Edad	Años cumplidos A la fecha	Cuantitativo	De razón	Años
Nivel educativo	Último nivel educativo aprobado	Cuantitativo	Ordinal	1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta, 5. Técnico, 6. tecnólogo, 7. Universitario
Ocupación	Oficio o profesión que ejerce en el momento	Cualitativo	Nominal Politómica	1. Ama de casa 2. Empleada 3. Estudiante 4. desempleada
Estado civil	Conjunto situaciones en el que se ubica el ser humano dentro de la sociedad (38)	Cualitativo	Nominal Politómica	1. Soltera, 2. Casada, 3. unión libre, 4. separada, 5. viuda
Estrato social	Estrato social donde actualmente vive	Cualitativo	Nominal Politómica	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5 6. Estrato 6
Procedencia	Sitio de origen	Cualitativo	Nominal dicotómica	1.colombianas 2. migrantes
Régimen salud	Tipo de régimen salud al que encuentra afiliado	Cualitativo	Ordinal	1. Subsidiado, 2. contributivo, 3. vinculado

Condiciones del embarazo

variable	Definición operacional	Tipo naturaleza o	Escalas de medición	Unidad de medida
Número semanas gestación	Número de semanas que tiene hasta la fecha	Cuantitativo	Continua	1 a 42 semanas
Primer hijo	Primer hijo vivo	cuantitativa	Discreta	1. si 2. no
Número de embarazos	Cuántos embarazos ha presentado la	cuantitativos	Discreta	1,2,3,4, 5 o más

	paciente			
Número de controles prenatales asistidos	Número de controles que ha asistido en el embarazo actual	cuantitativo	Discreta	1 a 8 controles
Mes en que inició los controles	Semanas o meses en los que inició los controles prenatales	cuantitativo	Discreta	1 a 9 meses de gestación.

Factores asociados a la inasistencia a los controles.

Variables	Definición operacional	Tipo o naturaleza	Escalas de medidas	Unidad de medida
razón de inasistencia	Motivo por el que no acuden a las citas de control prenatal	cualitativa	Nominal politómica	1. Muchos trámites en la eps 2. Cree que no es necesario porque el anterior embarazo le fue bien 3. Perdió la cita y decidió no asistir más 4. Le asignan las citas en horas inadecuadas 5. El centro está ubicado lejos de su residencia
Beneficio del control prenatal	Si percibe si hay algún beneficio al asistir a los	cualitativa	Nominal dicotómica	1. si hay beneficio 2. no hay beneficio

	controles prenatales			
Embarazos previos	Si tuvo embarazos previos	cuantitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
Asistió a controles prenatales en el embarazo anterior	Asistió a controles prenatales de los embarazos anteriores	Cuantitativa	Nominal dicotómica	1 Si asistió 2 No asistió
Satisfacción en el lugar donde asiste al control prenatal	Perspectiva sobre el centro de atención de los controles	Cuantitativa	Nominal dicotómica	1. si 2. no
Si su respuesta fue no, conteste esta pregunta	Motivos por el cual no le agrado el centro donde fue atendida en los controles prenatales	Cuantitativa	Nominal politómica	1. No recibí el trato adecuado por parte del personal 2. El lugar no tiene la higiene adecuada 3. El lugar no cuenta con suficientes herramientas para la elaboración de los controles prenatales.

Estilo de vida	Como era el estilo de vida antes de iniciar el embarazo	Cualitativa	Nominal politómica	1. Activo 2. Sedentario 3. Regular 4. Malo
Influencia familiar	Cómo influye el apoyo familiar	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Positivamente 2. Indiferente

Aconsejan el control prenatal	Si aconsejan asistir al control prenatal de la ips Siglo XXI	Cuantitativa	Nominal politómica	4. Asistir 5. No asistir 6. No sirve
Principal beneficio al control prenatal	Cual consideran que es el principal beneficio de los controles prenatales	Cuantitativa	Nominal politómica	1. Complicaciones 2. Malformaciones 3. No conoce beneficios 4. Controlar enfermedades

5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenido el aval de los respectivos Comités de Ética: ESE ladera y de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali, se inició el proceso de la recolección de datos. Se llevó a cabo un primer acercamiento con la población de estudio donde se socializará el proyecto de estudio, los objetivos a cumplir y los beneficios esperados, se explicó a profundidad los alcances del estudio y se exploró el nivel de comprensión de la información brindada donde se resolvieron dudas, para posteriormente de una manera libre y voluntaria firmaron el consentimiento informado de acuerdo con lo reglamentado por la Resolución 8430/93.

5.3.1. Instrumento

La recolección de la información se realizó por medio de una encuesta que consta de dos partes: la primera indaga sobre datos sociodemográficos generales; en la segunda parte, se aplicó un cuestionario que consta de 12 preguntas, el cual abarca los beneficios, barreras o influencias personales o externas con respecto a la asistencia al control prenatal. La encuesta fue tomada y adaptada de un estudio realizado en Sincelejo en el año 2016, autores que a su vez retoman el instrumento de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia ENDS 2010 y de referentes teóricos propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (39).

5.3.2. Fases del Proceso investigativo

Las etapas que se tuvieron en cuenta para el estudio se dividieron de la siguiente manera:

Fase teórico-conceptual

En esta fase, se formuló y delimitó el problema de la investigación, se consolidó como la parte inicial del proyecto. La revisión de la literatura, artículos científicos, y todo lo relacionado con el marco conceptual y teórico, proporcionaron solidez a esta primera

fase. Resultado de esta fase, se construye entonces el marco referencial y todo lo concerniente a marco legal, ético y disciplinar, que apoyen la investigación y como requisito para los avales correspondientes de las instituciones implicadas: ESE Ladera y Universidad Santiago de Cali.

Fase Planeación y Diseño

De acuerdo con los objetivos planteados y al alcance del trabajo de investigación, se seleccionó el tipo y diseño de investigación, en este caso, que será un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo no experimental. Se identificó la población y muestra. El método de recolección de datos fue una encuesta (Anexo A) que recopila datos sobre los factores asociados a la inasistencia a los controles prenatales. Dicha encuesta fue tomada del estudio de “Factores de necesidad asociados al uso adecuado de los controles prenatales” de la revista Cuidarte y del modelo de investigación de los factores de maternos de la teórica de enfermería Ramona Mercer(39).

La encuesta tuvo un encabezado que incluía datos sociodemográficos la cual permitió identificar y ayudar a los investigadores a dar un contexto sociodemográfico sobre la población a estudio, esta ficha consta de las siguientes preguntas (número de identificación, de acuerdo con lo estipulado no se manejará el nombre para conservar la confidencialidad; la edad en años cumplidos; estado civil; nivel educativo; régimen de salud).

Fase Analítica

Se inició con el procesamiento de los datos, se aplicaron análisis estadístico mediante tabulación en Excel Se realizó un análisis descriptivo para las variables cuantitativas. Los datos obtenidos fueron evidenciados mediante confección de tablas y gráficos que permitieron interpretar, explicar y demostrar los datos obtenidos en las encuestas. La interpretación de los datos obtenidos se realizó a la luz del marco teórico, disciplinar y teniendo en cuenta los objetivos planteados en la investigación, así como comparaciones o relaciones con otros resultados de estudios revisados.

Fase Difusión

En esta fase, se dieron a conocer los resultados, contribuyendo a incrementar los conocimientos existentes sobre el tema en estudio, en este caso, como parte del ejercicio académico en la sustentación ante los jurados, pero también en la ESE, a las gestantes y profesionales de salud, para que permita el uso de estrategias que disminuyan la insistencia.

Para esta fase, fueron importantes las recomendaciones dadas a partir de los hallazgos y la comunicación con la comunidad intervenida.

5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se clasificó con riesgo mínimo, la resolución 8430 de 1993 detalla que en esta clasificación se realizan procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos, la presente investigación no realiza tales procedimientos, pero se considera dicho riesgo, ya que se abordan a gestantes mediante revisión de historias clínicas, entrevistas, encuestas y otros en los que posiblemente se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Los participantes firmaron el consentimiento informado, parental y/o asentimiento según sea el caso, y se les entregó una copia del mismo, de igual manera estuvieron en libertad de continuar o retirarse de la investigación en cualquier etapa del estudio si así lo consideran.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante una encuesta y una ficha de uso de control prenatal, en la presente ficha se omitieron nombres los cuales fueron reemplazados por códigos de identificación y se realizaron preguntas para dar respuesta a las variables sociodemográficas para tener una idea del contexto de cada paciente, de igual forma se realizó una encuesta la cual posee preguntas con el fin de dar respuesta a la investigación.

En esta investigación se respetaron:

EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA: Se evidenció en el estudio a la medida que los participantes tenían la capacidad de tomar decisiones en relación con su participación en la investigación. Tuvieron la información suficiente y se estableció una relación de respeto, sin coacción, ni persuasión.

EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: Se pretendió con la investigación aportes que ofrecieron beneficios tanto al binomio madre-hijo como a la institución prestadora de servicios de salud con respecto a mejorar la asistencia a los controles prenatales de las gestantes y así prevenir complicaciones en el embarazo y a futuro lograr un adecuado desarrollo en el ser humano.

EL PRINCIPIO DE LA JUSTICIA: Encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se trató a todas las gestantes por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad. (28)

EL PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA: En la investigación se respetó a todas las integrantes, sin causar ningún tipo de riesgo ni físico, emocional o mental.

6 RESULTADOS

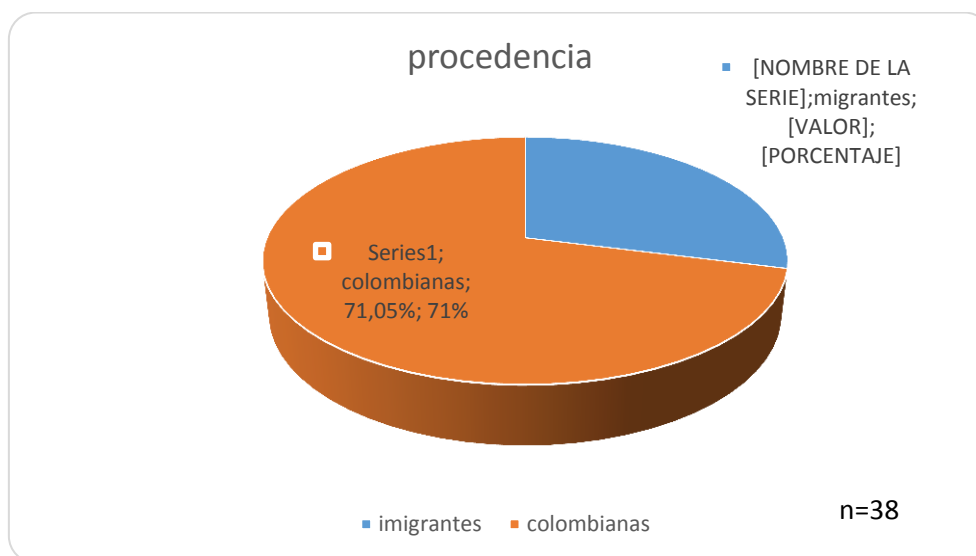
6.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A CONTROL PRENATAL EN LA IPS LADERA – SIGLO XXI

La población para analizar fueron las gestantes que estaban inscritas al control prenatal en el primer semestre del 2019, lo cual se realizó un filtro identificando que gestantes cumplían con los criterios de inclusión y con el número de faltas seleccionadas para la investigación, las cuales 38 gestantes cumplieron con estos requisitos.

Tabla 1. Procedencia de las gestantes que asisten al control prenatal en la IPS Ladera Siglo XXI.

procedencia	Frecuencia	Porcentaje
migrantes	11	28,95%
colombianas	27	71,05%
Total general	38	100,00%

Gráfica 1. Procedencia de las gestantes que asisten al control prenatal en la IPS Ladera Siglo XXI.

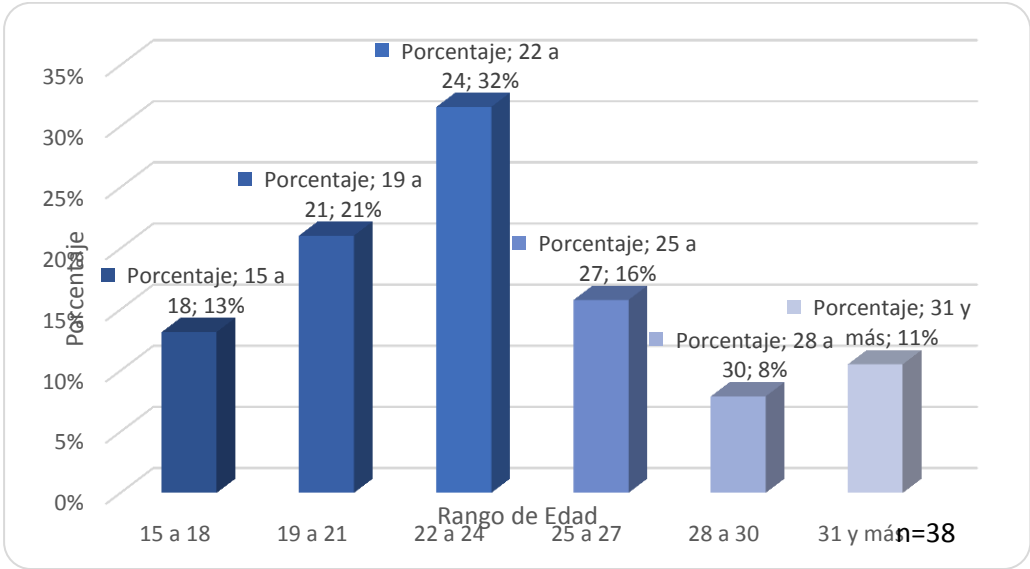


En la gráfica 1 se puede observar que el 71,05% (n=27) de la población son colombianas, y el 28,95% (n=11) de la población son migrantes.

Tabla 2. Distribución porcentual según rango de edad de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 18	5	13%
19 a 21	8	21%
22 a 24	12	32%
25 a 27	6	16%
28 a 30	3	8%
31 y más	4	11%
Total general	38	100,00%

Gráfica 2. Distribución porcentual según rango de edad de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

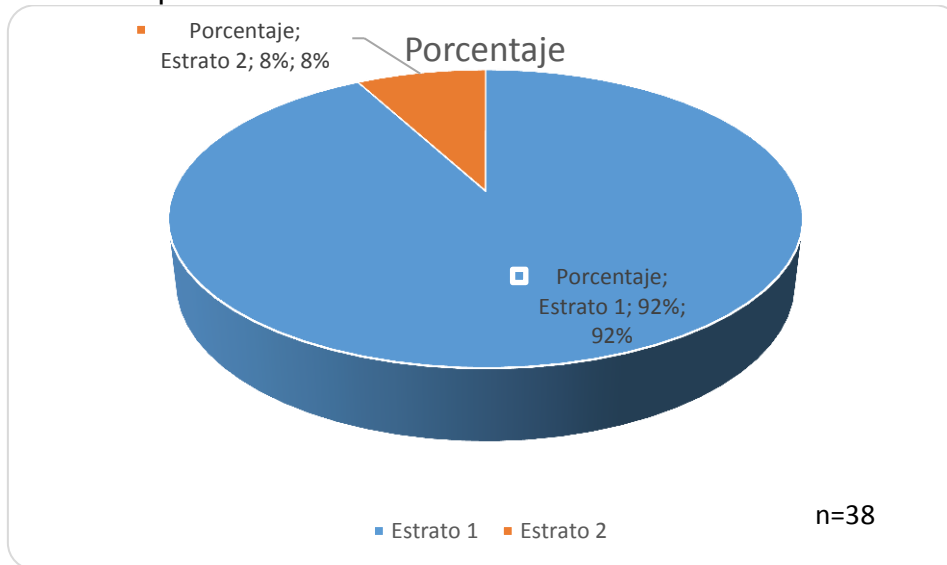


En el gráfico 2, se observa que el 32% (n=12) están en el rango de edad de 22 a 24 años, seguido con el 21% (n=8) entre 19 a 21, 16% (n=6) están el rango de 25 a 27, el 13% (n=5) están en el rango de 15 a 18, y posteriormente se encuentran en mínima frecuencia el 11% (n=4) entre edades de 31 y más, y el 8% (n=3) entre 28 a 30.

Tabla 3. Distribución porcentual según rango de estrato socioeconómico de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Estrato 1	35	92%
Estrato 2	3	8%
Total general	38	100,00%

Gráfica 3. Distribución porcentual según estrato socioeconómico de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

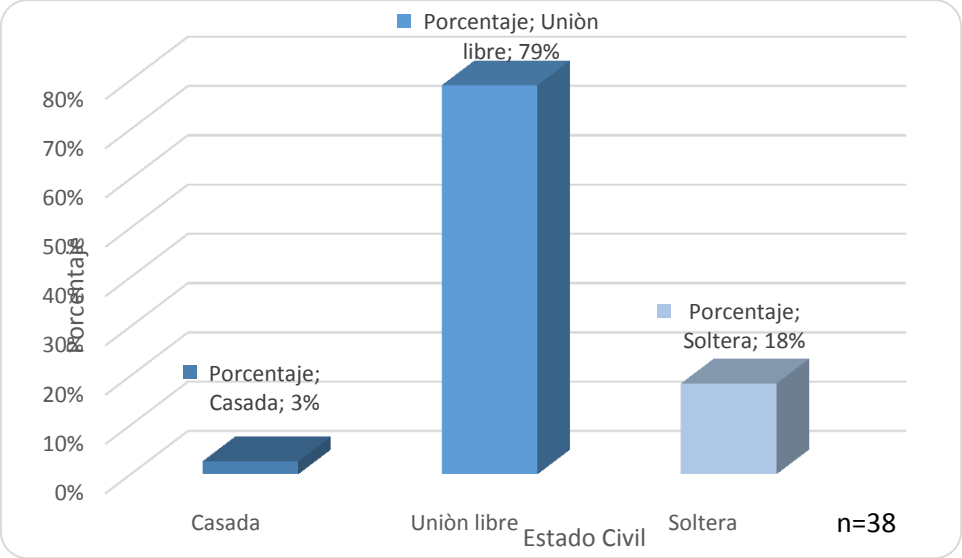


En el gráfico 3, se observa que el 92% (n=35) corresponden al estrato 1, el 8% (n=3) corresponde al estrato 2 resultado importante para tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones en salud, ya que indica un referente de tipo social y económico que puede condicionar las prácticas de cuidado en cuanto a accesibilidad además de otros factores asociados como bajo nivel educativo.

Tabla 4. Distribución porcentual según estado civil de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	1	3%
Unión libre	30	79%
Soltera	7	18%
Total general	38	100,00%

Gráfica 4. Distribución porcentual según estado civil de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

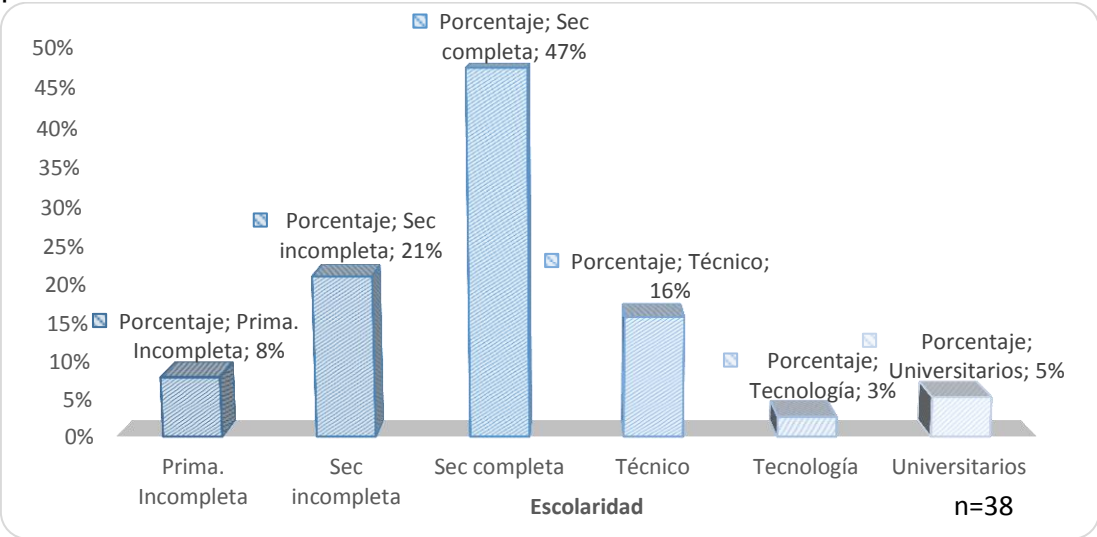


En el gráfico 4, se observa que el 79% (n=30) de las gestantes refieren como estado civil unión libre, el 18% (n=7) están solteras y sólo el 3% (n=1) se encuentra casada. La familia en este caso, y su composición son determinantes para favorecer la asistencia, ya que el vínculo creado en la familia, así como de la estabilidad de ésta fomenta prácticas de cuidado colectivo.

Tabla 5. Distribución porcentual según escolaridad de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Prima. Incompleta	3	8%
Sec incompleta	8	21%
Sec completa	18	47%
Técnico	6	16%
Tecnología	1	3%
Universitarios	2	5%
Total general	38	100,00%

Gráfica 5. Distribución porcentual según escolaridad de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

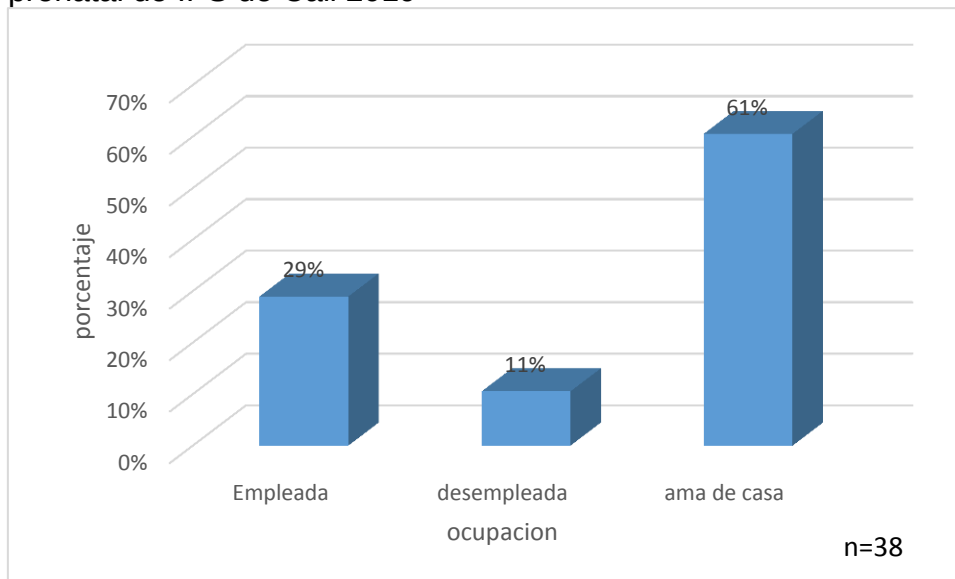


En el gráfico 5, se observa que el 47% (n=18) corresponden a secundaria completa, el 21% (n=8) corresponde a secundaria incompleta, el 16% (n=6) corresponde a técnico, el 8% (n=3) corresponde a primaria incompleta, el 5% (n=2) a universitarios y el 3% (n=1) a tecnología; a la luz de la teoría del rol materno nos propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tenga en cuenta el entorno, el nivel educativo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol materno y la cultura del cuidado con conocimientos previos

Tabla 6. Distribución porcentual según ocupación de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

ocupacion	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	11	29%
desempleada	4	11%
ama de casa	23	61%
Total general	38	100,00%

Gráfica 6. Distribución porcentual según ocupación de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

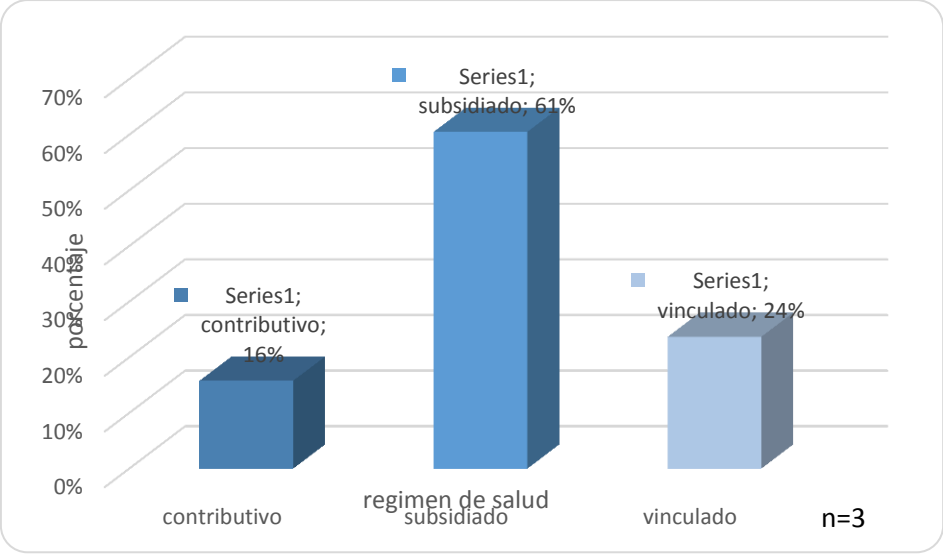


En el gráfico 6, se observa que el 61% (n=23) corresponden a amas de casa, el 29% (n=11) corresponde a empleada y el 11% (n=4) corresponde a desempleada. La actividad económica y la ocupación condicionan en cierta manera el cuidado de una persona, así, el ser ama de casa podría en cierto modo favorecer la asistencia a los programas de salud, por tener mayor oportunidad en cuanto a tiempo y cercanía con su IPS más cercana.

Tabla 7. Distribución porcentual según régimen de salud de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

regimen de salud	Frecuencia	Porcentaje
contributivo	6	16%
subsidiado	23	61%
vinculado	9	24%
Total general	38	100,00%

Gráfica 7. Distribución porcentual según régimen de salud de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019



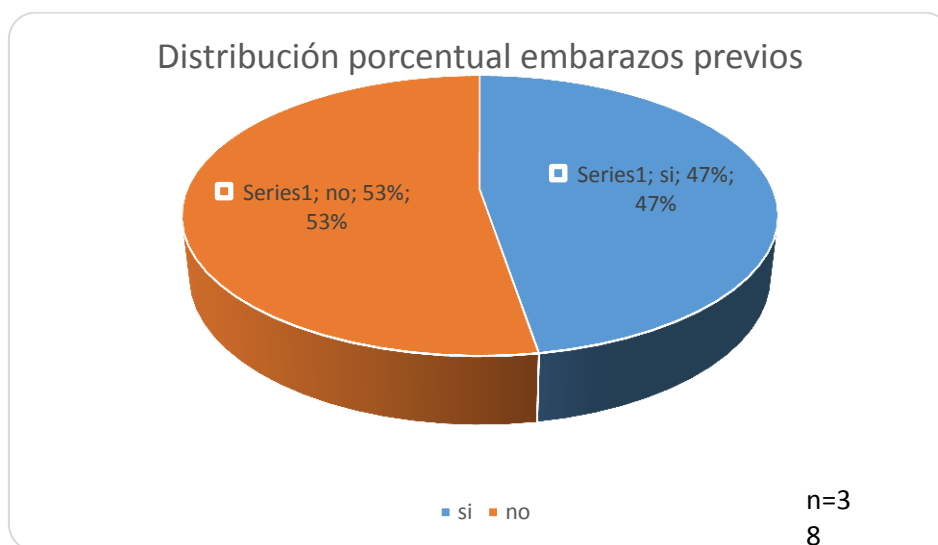
En el gráfico 7, se observa que el 61% (n=23) corresponde a régimen subsidiado, el 24% (n=9) corresponde a vinculado y el 16% (n=6) corresponde a contributivo. Es importante destacar que los regímenes determinan en cierto modo la calidad de los servicios de salud y los recursos asignados para las diferentes intervenciones.

6.2. FACTORES PERSONALES Y FAMILIARES DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL IPS LADERA - SILOÉ

Tabla 8. Distribución porcentual según embarazos previos de las gestantes que asisten al control prenatal de IPS de Cali en 2019.

embarazos previos	Frecuencia	Porcentaje
si	18	47%
no	20	53%
Total general	38	100,00%

Gráfica 8. Distribución porcentual según embarazos previos de las gestantes que asisten al control prenatal de IPS de Cali en 2019

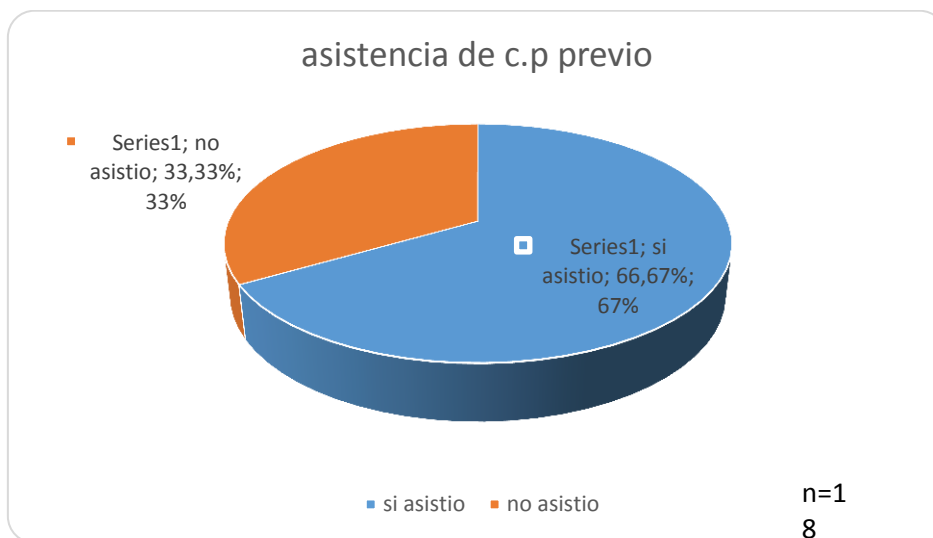


En la gráfica 8, se observa que el 53% (n=20) corresponde a que no han tenido embarazos previos y el 47% (n=18) corresponde a que, si han tenido embarazos previos, Esto nos indica la experiencia vivida en los embarazos anteriores en cuanto a la adopción del rol materno, los cuidados y creencias que se tuvo en estos.

Tabla 9. Distribución porcentual según controles prenatales previos de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

Asistencia en el c.p previo	Frecuencia	Porcentaje
si asistio	12	66,67%
no asistio	6	33,33%
Total general	18	100,00%

Gráfica 9. Distribución porcentual según controles prenatales previos de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

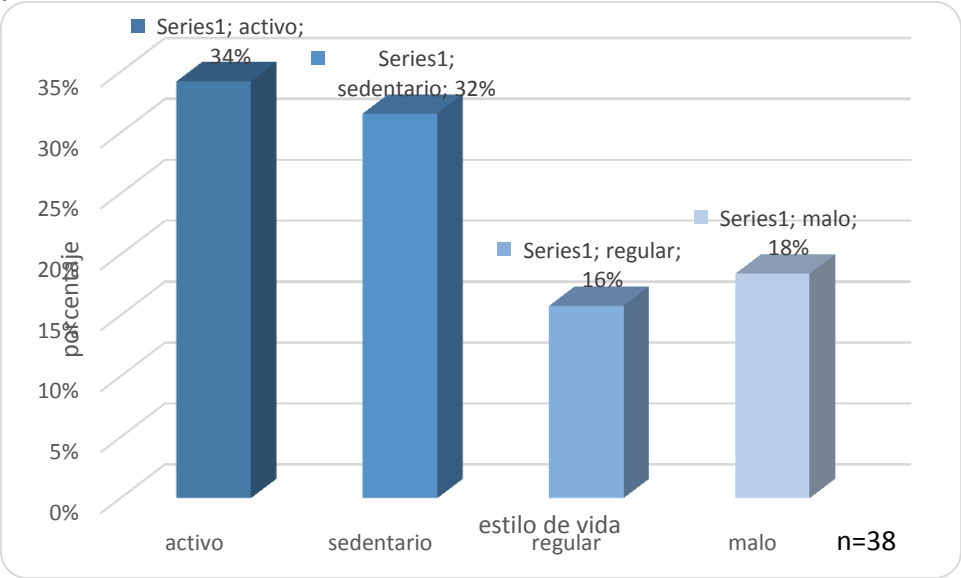


En el gráfico 9, se observa que de las 18 gestantes que tuvieron embarazos previos, el 66% (n=12) corresponde a las que han asistido en los controles de los embarazos previos y el 33% (n=6) corresponde a las embarazadas que no asistieron a los controles en los embarazos anteriores. Esto nos demuestra la cultura del cuidado frente a los embarazos anteriores y la relación con el actual.

Tabla 10. Distribución porcentual según estilo de vida de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019.

estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
activo	13	34%
sedentario	12	32%
regular	6	16%
malo	7	18%
Total general	38	100,00%

Gráfica 10. Distribución porcentual según estilo de vida de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

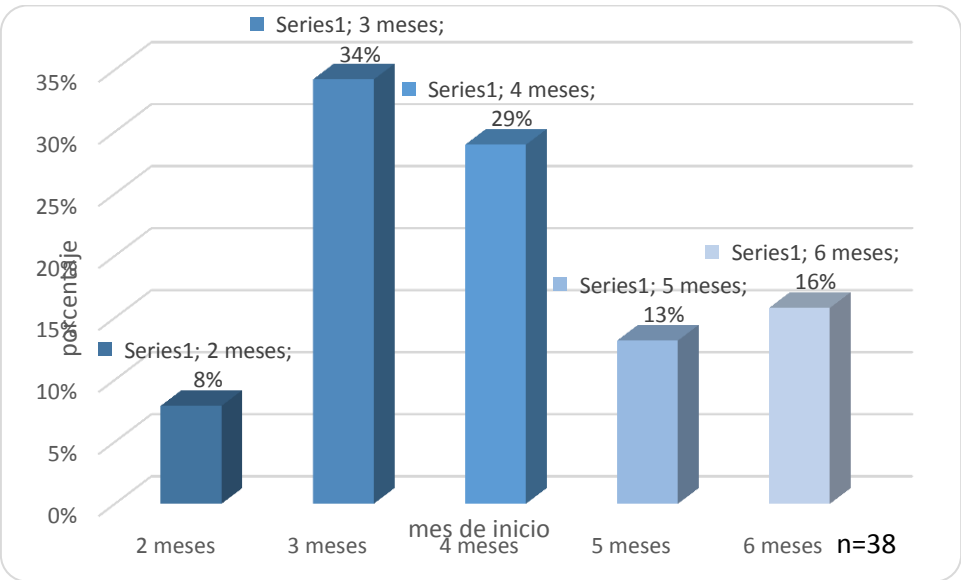


En el gráfico 10, se observa que el 34% (n=13) corresponden a un estilo de vida activo, el 32% (n=12) corresponden a un estilo de vida sedentario, el 18% (n=7) corresponden a un estilo de vida malo y el 16% (n=6) corresponden a un estilo de vida regular. Influye para evitar complicaciones y enfermedades que se desarrollan durante el embarazo como lo es la preeclampsia, diabetes y un estilo de vida activo ayuda en el momento del parto.

Tabla 11. Distribución porcentual según mes de inicio de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019.

mes de inicio	Frecuencia	Porcentaje
2 meses	3	8%
3 meses	13	34%
4 meses	11	29%
5 meses	5	13%
6 meses	6	16%
Total general	38	100,00%

Gráfica 11. Distribución porcentual según mes de inicio de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

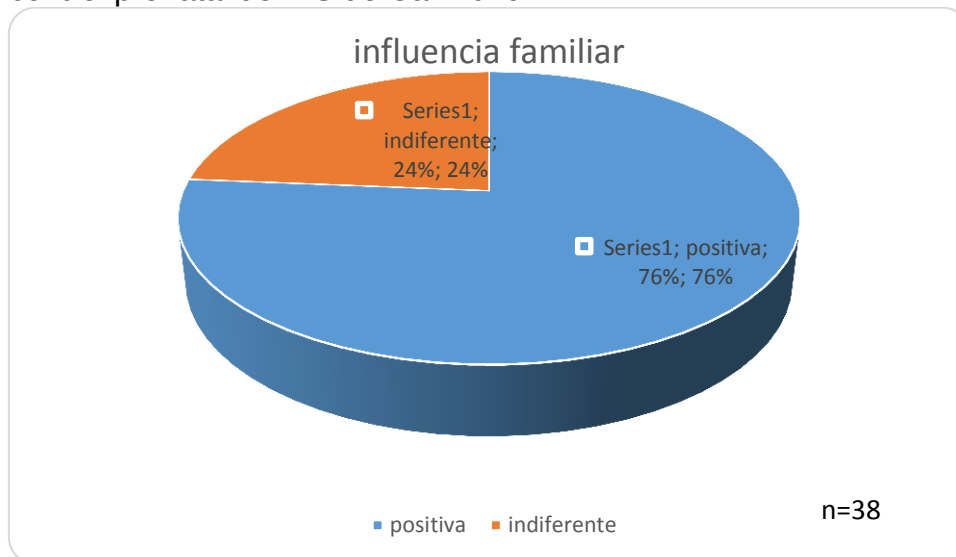


En la gráfica 11, se observa que el 34%(n=13) iniciaron los controles prenatales a los 3 meses, el 29% (n=11) corresponde a que iniciaron los controles prenatales a los 4 meses, el 16% (n=6) corresponde a que iniciaron los controles prenatales a los 6 meses, el 13% (n=5) corresponde a que iniciaron los controles prenatales a los 5 meses, el 8 % (n=3) corresponde a que iniciaron los controles prenatales a los 2 meses. Dando como resultado que las gestantes no asisten al control prenatal porque inician tardíamente a este, siendo este un factor que puede aumentar las complicaciones o malformaciones en el feto.

Tabla 12. Distribución porcentual según influencia familiar de un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019.

influencia familiar	Frecuencia	Porcentaje
positiva	29	76%
indiferente	9	24%
Total general	38	100,00%

Gráfica 12. Distribución porcentual según influencia familiar de un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019

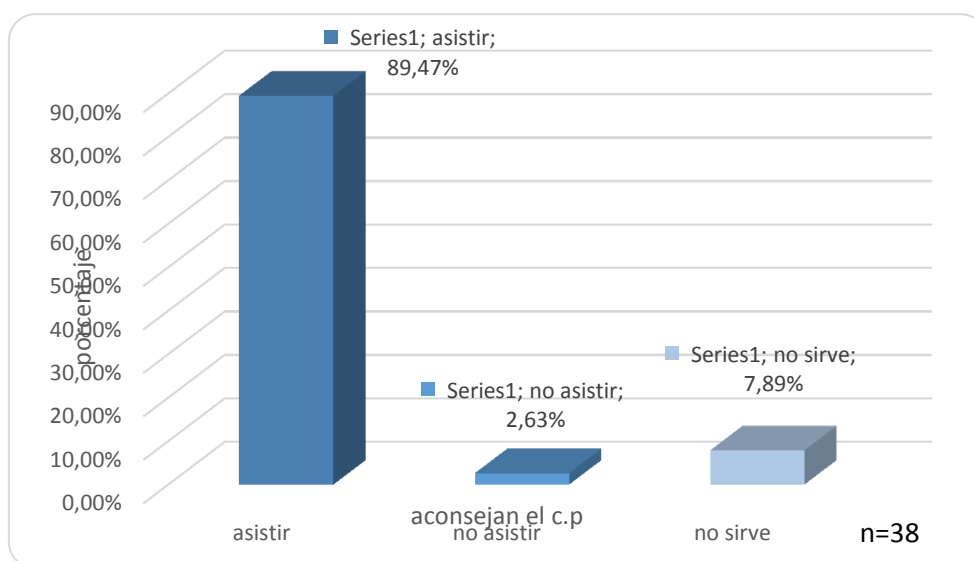


En la gráfica 12, se observa que el 76% (n=29) corresponde a que fue positiva la influencia familiar en el embarazo y el 24% (n=9) corresponde a que fue indiferente la influencia familiar en el embarazo. A la luz de la teoría del rol materno nos habla sobre la importancia del apoyo familiar el cual repercute en el cuidado estos.

Tabla 13. Distribución porcentual según si aconsejan un programa de control prenatal de IPS de Cali en 2019

aconsejan el c.p	Frecuencia	Porcentaje
asistir	34	89,47%
no asistir	1	2,63%
no sirve	3	7,89%
Total general	38	100,00%

Gráfica 13. Distribución porcentual según si aconsejan un programa de control prenatal de IPS de Cali 2019



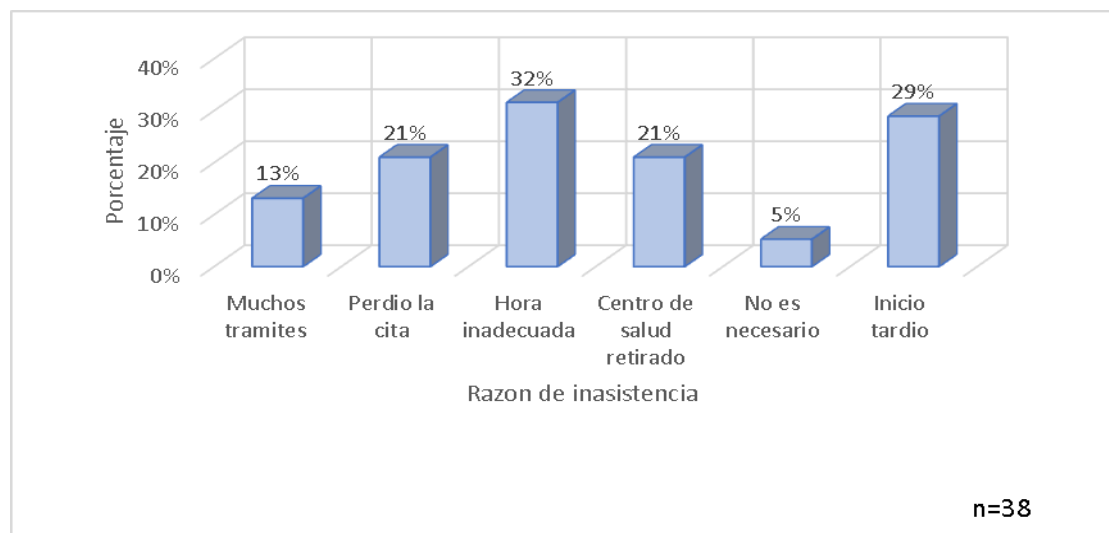
En la gráfica 13, se observa que el 84,47% (n=34) aconseja asistir a los controles prenatales, el 7,89% (n=3) dicen que no sirve los controles prenatales y el 2,63 (n=1) aconseja no asistir a los controles prenatales. En este podemos evidenciar sobre la percepción que tienen las gestantes frente a los controles prenatales y su efectividad

6.3. FACTORES INSTITUCIONALES RELACIONADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN LA IPS LADERA – SILOÉ

Tabla 14 Distribución porcentual según razón de inasistencia a los controles prenatales de una IPS de Cali en 2019

Razon de inasistencia	Frecuencia	Porcentaje
Muchos tramites	5	13%
Perdio la cita	8	21%
Hora inadecuada	12	32%
Centro de salud retirado	8	21%
No es necesario	2	5%
Inicio tardio	11	29%

Gráfica14 Distribución porcentual según razón de inasistencia a los controles prenatales de una IPS de Cali en 2019

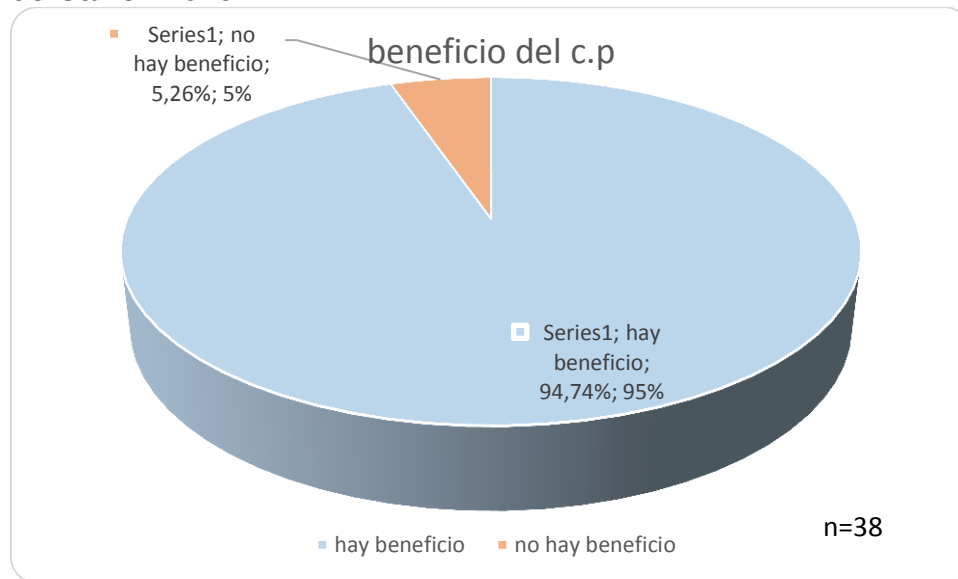


En la gráfica 14, se puede observar que de las razones de inasistencia se encuentran mayor proporción el motivo de hora inadecuada 32% (n=12), inicio tardío 29% (n=11), y en menor proporción centro de salud retirado 21% (n=8), perdió la cita 21% (n=8), muchos trámites en la Ips y por último en que no es necesario asistir 5% (n=2). Esto nos demuestra las razones que más se evidencian y que influyen en la inasistencia a dichos controles impidiendo un seguimiento oportuno de estos

Tabla 15. Distribución porcentual según beneficio al control prenatal de una IPS de Cali en 2019

beneficio del c.p	Frecuencia	Porcentaje
hay beneficio	36	94,74%
no hay beneficio	2	5,26%
Total general	38	100,00%

Gráfica 15 Distribución porcentual según beneficio al control prenatal de una IPS de Cali en 2019

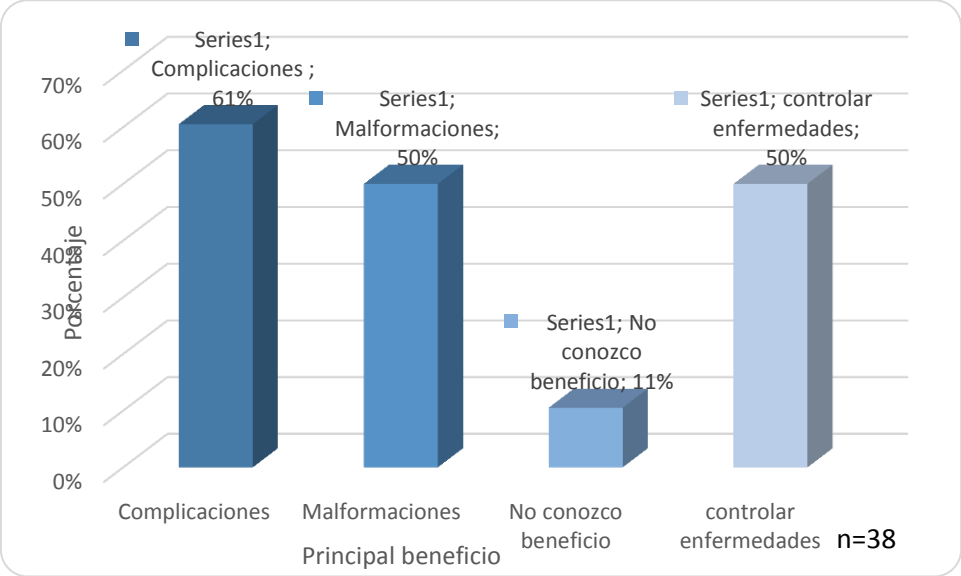


En la gráfica 16, se observa que el 94% (n=36) opinan que si hay un beneficio al asistir a los controles prenatales y el 5% (n=2) opinan que no existe un beneficio. Esto sugiere el conocimiento de las gestantes acerca de la importancia y los beneficios que tiene para el binomio.

Tabla 16 Distribución porcentual según principal beneficio del control prenatal de una IPS de Cali en 2019

Principal beneficio	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones	23	61%
Malformaciones	19	50%
No conozco beneficio	4	11%
controlar enfermedades	19	50%

Gráfica16 Distribución porcentual según principal beneficio del control prenatal de una IPS de Cali en 2019

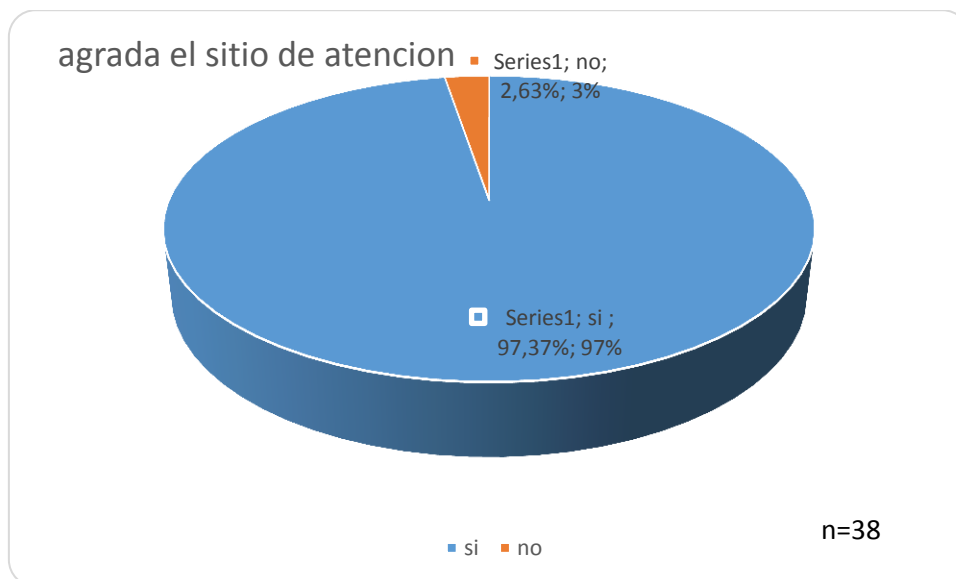


En la gráfica 16, se observa que el principal beneficio que perciben las gestantes sobre el control prenatal es que evita las complicaciones en un porcentaje de 61% (n=23), seguido de que controla enfermedades 21% (n=19) y evitar malformaciones. Lo que nos puede demostrar estas graficas es que algunas embarazadas tienen un concepto claro de los alcances que tiene los controles y la importancia de estos.

Tabla 17. Distribución porcentual según si les agrada el sitio de atención del control prenatal de una IPS de Cali en 2019

Agrada el sitio IPS	Frecuencia	Porcentaje
si	37	97,37%
no	1	2,63%
Total general	38	100,00%

Gráfica 17 Distribución porcentual según si les agrada el sitio de atención del control prenatal de una IPS de Cali en 2019



En la gráfica 17, se observa que el 97,37% (n= 37) de usuarias encuestadas les agrada el sitio de atención de los controles prenatales y el 2,63% (n=1) no le agrada el sitio de atención. En esta grafica se puede evidenciar la percepción que tiene las gestantes frente a la institución donde son atendidas, el tipo de atención, la calidad de atención prestada por todos los integrantes de la institución

CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación en las madres gestantes de la ESE LADERA “IPS SILOÉ SIGLO XXI”, para el instrumento del proyecto “factores asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red de salud ladera IPS siglo XXI en la ciudad de Cali en el año 2019” se puede concluir, que:

El cumplimiento a las asistencias a controles, citas, o cualquier otra programación para prestar un servicio de salud, hacen parte del cuidado y de las prácticas que las personas deben realizar, para garantizar una buena integridad o análisis tanto de la gestante como del feto durante su proceso de desarrollo.

En el caso de las gestantes, existen condiciones personales y familiares que representan factores protectores y de riesgo para su salud. Contar con el apoyo del padre, la familia y los amigos contribuye positivamente en el estado anímico de la madre que se ve contenida y cuidada por los seres queridos; un estudio de la universidad de London Collage lo ratifica (40), señalando que el apoyo a la embarazada repercute en el peso del bebé, porque aquellas que cuentan con una red de apoyo social durante la gestación tiende a tener hijos con mejor peso.

Existen otras condiciones o determinantes para que las maternas refiere la poca asistencia, la barrera de tipo geográfico o accesibilidad es una de ellas, sin embargo, para efectos del estudio, la mayoría de gestantes viven en la misma comuna. Como determinante social, la migración se constituye en una condición relevante para dicha asistencia, ya que las gestantes en condición de migrante tienden a movilizarse de un lugar a otro descuidando el embarazo evidenciado en la escasa asistencia al control prenatal. En este sentido, en Colombia, se registra la entrada de 8.200 venezolanas embarazadas estimando que estas mujeres tendrán problemas para empezar su control prenatal, pero claramente se convierte en un problema de magnitud, ya que ellas darán como excusa los trámites con la IPS, causando inicio tardío, se evidencia según un informe de migración colombiana la situación es delicada ya que al entrar al país, el estado no cuenta con los recursos para cubrir la demanda, ya que como no es una urgencia, no puede ser atendida por una institución médica, dejando a un lado la asistencia a los controles prenatales(41)

Las denominadas paradojas comportamentales son otro de los aspectos relevantes para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado de la salud. Se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas a pesar de contar con conocimientos adecuados sobre los cuidados necesarios para lograr el bienestar. Estas paradojas evidencian con claridad las rupturas existentes entre los comportamientos adecuados esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre riesgos específicos y su conducta concreta.(42) En el caso de las gestantes, es necesario aclarar que las prácticas de autocuidado involucran la voluntad y la aceptación del rol para asumir los cursos de vida y los procesos que se lleven a cabo en éstos, de esta manera la gestante también debe

asumir su responsabilidad de cuidado teniendo en cuenta la cultura o creencias en las que ellas creen.

Existen condiciones que deben ser tenidas en cuenta en todo servicio de salud como son: Disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad siendo estos, factores que fundamentalmente intervienen en la no asistencia a la cita del control prenatal, entre los que se encuentran muchos trámites en la IPS, perdió la cita en horas no adecuadas y el inicio tardío, ya que esta última fue la más acertada para las gestantes intervenidas. Mientras un 2% de las maternas han dejado de asistir, porque no le agrada la institución dando como respuesta que no recibieron el trato adecuado por parte del personal.

Con respecto al componente disciplinar, se considera importante lo que la teórica Ramona Mercer habla sobre las variables maternas dando como indicación que un gran número de factores pueden tener influencia directa o indirecta sobre el rol materno incluyendo la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, el estrés social, el apoyo social y las características de la personalidad, dando como el método más asertivo el control prenatal para que desde el vientre ese binomio se enlace en el futuro del feto, para la creación de un ser humano adaptado a la sociedad sin complicación patológicas o de vulnerabilidad.

corresponde al estrato 2 resultado importante para tener en cuenta a la hora de realizar intervenciones en salud, ya que indica un referente de tipo social y económico que puede condicionar las prácticas de cuidado en cuanto a accesibilidad además de otros factores asociados como bajo nivel educativo.

RECOMENDACIONES

1. Concientizar a la población tratante sobre la importancia del cuidado de la salud, en especial con la población en edad reproductiva permitiendo así el fortalecimiento de los lazos del binomio madre e hijo
2. Implementar una estructura de base de datos organizada que permita la recolección de datos de los pacientes inscritos, verificando que la información obtenida por los encuestados sea verídica, permitiendo así lograr un puente de comunicación efectiva para poder realizar un seguimiento oportuno en el control prenatal.
3. Promover campañas de concientización extramurales a la población, dirigidas mayormente a las mujeres de edad reproductiva para promover una adecuada realización de controles prenatales y así evitar cualquier tipo de complicaciones durante el parto disminuyendo la morbilidad materna y neonatal.
4. Al personal competente, reforzar los conocimientos mediante capacitaciones para mejorar la atención con las gestantes y contribuir a una comunicación asertiva entre personal de salud y gestantes.
5. Reforzar las acciones realizadas por trabajo social y promotoras de la salud para así ampliar la cobertura y el conocimiento de aquellas gestantes que se encuentran en vivienda rurales o las mismas migrantes que se encuentran en constante movilidad.
6. Fortalecer al profesional de enfermería de la Universidad Santiago de Cali la competencia de investigación, permitiendo así abrir nuevos campos de actuación creando alianzas y convenios con instituciones de salud.

7 Bibliografía

1. **UNICEF.** Embarazo. [En línea] 2012. [Citado el: 22 de 02 de 2019.] https://www.unicef.org/ecuador/CARTILLA_1_CRECER_17-12-2014.pdf.
2. **Vélez, Carlos A. Gómez Mercado y Liliana P. Montoya.** Scielo . [En línea] 12 de Marzo de 2013. [Citado el: 22 de Febrero de 2019.] <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>.
3. *El control prenatal: Una reflexion urgente.* **Caceres-Manrique, Flor De Maria.** 2009, revista colombiana de obstetricia y ginecologia.
4. *Adherencia al control prenatal, dificultades y retos.* **Martínez Suarez, Angélica María.** 2012, Javeriana.
5. **DÍAZ, ZAIRY SOFIA MALAGÓN.** Universidad del rosario . [En línea] 2011. [Citado el: 26 de marzo de 2019.] <https://core.ac.uk/download/pdf/86434477.pdf>.
6. **Organizacion mundial de la salud .** OMS. [En línea] 16 de febrero de 2018. [Citado el: 26 de marzo de 2019.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
7. **Caracol Radio .** Caracol Radio . [En línea] 16 de mayo de 2018. [Citado el: 10 de noviembre de 2018.] http://caracol.com.co/radio/2018/05/17/nacional/1526510940_533374.html.
8. *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia.* **MINSALUD.** Bogotá D.C. : Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018. 34.
9. **Chaib, Fadela y Chriscaden, Kimberly.** La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. *Organizacion mundial de la salud.* 7 de noviembre de 2016, págs. 1-2.
10. **Bombi, Ines.** Canal Salud. [En línea] 3 de 11 de 2016. [Citado el: 18 de 10 de 2018.] <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>.
11. *ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PACIENTE GESTANTE.* **Punto informativo.** 2014, Salud Total, pág. 3.
12. **Gardey, Julian Perez Porto y Ana.** Definicion.DE. [En línea] 2013. [Citado el: 17 de 10 de 2018.] <https://definicion.de/cuidado/>.
13. **Organizacion Mundial De La Salud.** OMS. [En línea] 2006. [Citado el: 17 de 10 de 2018.] <https://www.who.int/topics/nursing/es/>.
14. **RAE.** Asociacion de academias der la lengua española. [En línea] 2018. [Citado el: 14 de marzo de 2019.] <https://dle.rae.es/?id=LC0sa5W>.

15. **OMS.** OMS. [En línea] 2014. [Citado el: 26 de marzo de 2019.] https://www.who.int/social_determinants/es/.
16. —. OMS. [En línea] 2016. [Citado el: 26 de Marzo de 2019.] https://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
17. **Universidad de Costa Rica.** Prevención de la Enfermedad. [aut. libro] Patricia Redondo. *Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención*. Costa Rica : s.n., 2004.
18. **Parte de dupa.** Sanitas. [En línea] 2019. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/etapas-embarazo.html>.
19. **fuelle, Alfonso de la.** Instituto europeo de fertilidad. [En línea] 13 de Abril de 2016. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] <https://www.iefertilidad.com/blog/cuidados-durante-el-embarazo-primer-trimestre/>.
20. **Castillo, Martha Rubio.** Mujer y madre hoy. [En línea] 15 de enero de 2018. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] <https://mujerymadrehoy.com/segundo-trimestre-del-embarazo-cambios-en-la-madre-y-cuidados/>.
21. **redaccion bbmundo.** bbmundo. [En línea] 29 de septiembre de 2014. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] <https://www.bbmundo.com/embarazo/segundo-trimestre/como-evitar-las-complicaciones-del-segundo-trimestre/>.
22. **metro salud.** [En línea] 22 de febrero de 2016. [Citado el: 10 de febrero de 2019.] <http://www.metrosalud.gov.co/usuarios/vida-sana/infancia/cuidados-en-el-tercer-trimestre-del-embarazo>.
23. **Ministro de educacion .** Proyecto biosfera . *La reproduccion humana* . [En línea] 2014. [Citado el: 22 de Noviembre de 2018.] <http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/apararep/parto.htm>.
24. **MinSalud.** Gobierno de colombia. [En línea] 1 de Noviembre de 2018. [Citado el: 2 de Noviembre de 2018.] <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>.
25. **Gobierno de Colombia.** Lineamiento tecnico y operativo de la ruta integral de atencion en salud materno perinatal. *MinSalud*. [En línea] Julio de 2018. [Citado el: 2 de Noviembre de 2018.] file:///C:/Users/asus/Downloads/lineamiento-ruta-materno-perinatal.pdf.
26. *Rutas integrales de atencion en salud.* **MinSalud.** Bogota : MinSalud, 2016.
27. **AMM.** Asociacion medica mundial. [En línea] 21 de 03 de 2007. [Citado el: 17 de 10 de 2018.] <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

28. **Guillart, Liss Mora.** Scielo. [En línea] 5 de enero de 2015. [Citado el: 17 de octubre de 2018.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009.
29. *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. **Stepke, Fernando Lolas.** 2002, CIOMS, págs. 11-12.
30. **Español, ACNUR Comité.** UNHCR ACNUR. [En línea] febrero de 2016. [Citado el: 12 de noviembre de 2018.] <https://eacnur.org/blog/cuales-son-los-derechos-de-la-mujer-embarazada/>.
31. **MIAS.** Modelo integral de atención en salud. [En línea] 2017. [Citado el: 12 de Noviembre de 2018.] <http://consultarsas.carecloud.com.co/project-management/>.
32. **Metrosalud.** Vida Sana. [En línea] 22 de Febrero de 2016. [Citado el: 12 de Noviembre de 2018.] <http://www.metrosalud.gov.co/usuarios/vida-sana/infancia/derechos-y-deberes-de-la-mujer-embarazada>.
33. *Teorías intermedias*. **Alligood, Ann Tomey Marriner y Martha.** 2011, collage of nursing, pág. 1.
34. *ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE ENFERMERÍA BINOMIO MADRE-HIJO.* **Laura Alvarado, Luzmila Guarín, Wilson Cañón-Montañez.** Santander : CrossMark, 2011, Vol. Revista de investigación escuela de enfermería UDS.
35. **Alcaldía Santiago de Cali**. Comuna 20. [En línea] Municipio Santiago de Cali, 2088-2011. [Citado el: 28 de 09 de 2018.] <file:///C:/Users/MajoSierra/Downloads/20.pdf>.
36. **Alcaldía de santiago de Cali.** Secretaría de desarrollo territorial y bienestar social. [En línea] 2014. [Citado el: 12 de Noviembre de 2018.] <file:///C:/Users/MajoSierra/Downloads/Siloe.pdf>.
37. **Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P.** *Metodología de la Investigación*. México : s.n., 2014.
38. **Unam.** El registro del estado civil de las personas . [aut. libro] Jorge Fernandez Ruiz. *El registro del estado civil de las personas*. Madrid : UNAM, 2004.
39. *FACTORES DE NECESIDAD ASOCIADOS AL USO ADECUADO AL CONTROL PRENATAL.* **Mellado, Clarybel Miranda y Ávila, Irma Yolanda Castillo.** Sincelejo : Revista cuidarte, 2016.
40. **Rovati, Lola.** Bebes y mas . [En línea] 27 de 01 de 2010. [Citado el: 26 de 08 de 2019.] <https://www.bebesymas.com/embarazo/el-apoyo-a-la-embarazada-repercute-en-el-peso-del-bebe>.

41. **El espectador** . [En línea] 21 de 07 de 2018. [Citado el: 26 de 09 de 2019.] <https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/que-pasa-en-colombia-con-las-venezolanas-embarazadas-articulo-801453>.
42. **Ana Candreva, Celia Paladino**. Scielo. [En línea] 10 de 06 de 2004. [Citado el: 15 de 09 de 2019.] <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n1/v4n1a08.pdf>.
43. **González, L.** psiquitria en niños de 11 años . [aut. libro] gonzález lina. *psiquiatria infantil* . mexico : usc, 2009, págs. 22-50.
44. **Kashiwase, Haruna**. Tasa de mortalidad infantil. *Banco mundial*. 19 de 10 de 2017, pág. 1.
45. Estadísticas vitales nacimientos y defunciones. *DANE*. 13 de 10 de 2018, pág. 1.
46. **Gomez, Hector Maldonado**. Información del DANE para Cali y su difusión . *DANE*. 28 de enero de 2010.
47. **Ruiz, Jorge Holguin**. ANÁLISIS DE SITUACIÓN INTEGRADO DE SALUD (ASIS). *SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI* . Diciembre de 2016, pág. 41.
48. *CAUSAS DE INASISTENCIA A CONTROL PRENATAL*. 1991, Revista avances de enfermería , pág. 100.
49. **DANE** .*ESTADÍSTICAS DE LA ADHERENCIA EN COLOMBIA*. bogotá, D.C. : EDITORIAL COLOMBIA, 2017.
50. **Libertad, Martin Alfonso**. Scielo. [En línea] 5 de 2 de 2004. [Citado el: 18 de 10 de 2018.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008.
51. *ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL, DIFICULTADES Y RETOS* . **VIVIANA LIZETH MAYORGA CAMARGO, KIRBY SAMEJO QUEVEDO MORENO Y ANGÉLICA MARÍA MARTÍNEZ SUÁREZ**. 2012, Pontificia universidad javeriana , pág. 15.
52. [En línea]

8 ANEXOS

8.1 ANEXO A

1. Caracterización sociodemográfica:

Número de identificación			Edad:			Estrato social:		
Estado civil:	Casada		Unión libre		Soltera		Separada	

Nivel educativo			
Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta
Técnico	Tecnólogo	Universitario	

Ocupación							
Empleada		desempleada		Ama de casa		Estudiante	

Régimen de salud							
contributivo		Vinculado		subsidiado		Otro	Cual:

Edad gestacional :

Encuesta:

Está tiene como objetivo identificar los principales factores por los cuales no asisten a los controles prenatales, ya sean de carácter personal, familiar o institucional.

1. Factores personales:

1.2 ¿ha tenido embarazos previos?		si	no	Asistió a controles prenatales en su embarazo previo:		si	no
1.3 ¿Cómo era su estilo de vida antes de estar en embarazo?							
Activa		Sedentaria		Regular		Malo	
1.4 ¿ha asistido a controles prenatales?							
Si	no	En qué mes de su embarazo inicio su control prenatal:					
2.1 ¿Cuál es la razón de la inasistencia a los controles prenatales?							
-muchos trámites en la EPS		-perdió la cita y decidió no ir mas		-le asignan la cita en horas no adecuadas			
-el centro de salud está retirado de su vivienda					-cree que no es necesario porque en el anterior embarazo le fue bien		
-inicio tarde al control prenatal							
2.2 ¿Considera usted que los controles prenatales tienen algún beneficio? Si no							
2.3 ¿Cuál es el principal beneficio, que cree usted que aporta el control prenatal?							
Evitar complicaciones en el parto				Identificar malformaciones del bebe			

2. Factores institucionales

No conozco el beneficio del control prenatal		Controlar las enfermedades adquiridas	
2.4 ¿Le agrada el lugar y la atención donde realiza los controles prenatales?		si	no
2.5 Si su anterior respuesta fue no, conteste esta pregunta			
No recibí el trato adecuado por parte del personal		El lugar no tiene la higiene adecuada	
El lugar no cuenta con suficientes herramientas para la elaboración de los controles prenatales			

3. factores familiares

3.1 ¿Cómo influye su familia en el cuidado de su embarazo?					
Positiva		negativa		indiferente	
3.2 ¿en cuanto al control prenatal le aconsejan?					
Asistir		no asistir		le dicen que eso no sirve	

8.2 ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo, _____, mayor de edad, identificado con CC. No

_____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de

investigación titulado: **“Factores Asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red salud ladera IpsSiloe en la ciudad de Cali en**

el año 2019”, realizado por: Alexandra Erazo

Rodríguez cc: 1151962441 cel: 3128183191 correo: alexaerodriguezr@gmail.com;

Natalia Martínez Muñoz, cc:

1089484805, cel: 3122130955, correo: natymartinez077@hotmail.com; María José Sierra Plata cc:

1151966831, cel: 3014130145, correo: majosi98@hotmail.com; y

Dirigido por la docente: Diana Loaiza Buitrago, cc: 31568767, cel: 3168334434,

correo: Diana.Loaiza04@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: _____ y sobre los pasos para cada el cumplimiento de cada

objetivo y como debo de participar:

Así mismo se me explicó cómo se tendrán en cuenta cada uno de los principios bioéticos a mi favor, teniendo en cuenta la autonomía me explicaron que participo por mi propia voluntad, de forma voluntaria, me comentaron que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre si no que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores yo, para hacer mejoras posteriores.

Sé que el beneficio de este trabajo es: me explicaron que el beneficio paramí como participante, será aportar elementos importantes en la Institución Prestadora de Salud que mejore la calidad de vida y bienestar de las madres gestantes, mediante la detección temprana y oportuna de alteraciones en la gestación asistiendo constantemente a los controles prenatales; para los investigadores, será importante el estudio en la medida que se fortalezca la investigación contribuyendo a la calidad de la educación superior en Enfermería y la extensión social mediante proyectos con impacto a la comunidad, cumpliendo con los requerimientos que nuestra legislación nos reglamenta como es Ley 266 de 1996. En ningún momento habrá remuneración económica. A su vez se me explicó que no me veré enfrentada a riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro. Así mismo el principio de justicia se verá reflejado en que será tratado con equidad, respeto, se me responderán a las preguntas o inquietudes que tenga. Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizarán. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del trabajo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____ CC _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE PARTICIPANTE: _____ CC _____

FIRMA DE TESTIGO: _____

investigador	Firma
Co-investigador	



CONSENTIMIENTO PARENTAL
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE
ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ SESIÓN _____ CÓDIGO JURADO _____

Yo _____ cc _____ de _____ padre de _____
 TI _____ de _____, acepto libre y voluntariamente a que mi hija participe del
 trabajo de investigación titulado: "Factores asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes
 de la red de salud ladera IPSSiloé en la ciudad de Cali en el año 2019".realizado por las estudiantes
 de _____ Enfermería; _____ Alexandra _____ Erazo
 Rodríguezcc:1151962441cel:3128183191correo:alexaerodriguezr@gmail.com; Natalia Martínez
 Muñoz, cc: 1089484805, cel:3122130955, correo:natymartinez077@hotmail.com; María José Sierra
 Plata cc: 1151966831, cel:3014130145, correo:majosi98@hotmail.com; y
 Dirigido por la docente: Diana Loaiza Buitrago, cc: 31568767, cel: 3168334434,
 correo:Diana.Loaiza04@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo
 del estudio es: Determinar los factores asociados a la inasistencia al control prenatal en las
 gestantes que asisten a la Red de Salud Ladera "IPS Siloé" en la ciudad de Cali en el año 2019, y
 sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo, así como mi hija debe participar:

- me explicaron también que se puede retirar del estudio a mi hija, cuando los investigadores, ella o
 yo; creamos conveniente sin repercusión alguna. A su vez sabemos que no utilizarán el nombre de
 mi hija, sino que se utilizarán códigos o número de TI y los resultados obtenidos los sabrán los
 investigadores, la IPS Siloé, mi hija y yo, respetando el derecho a la confidencialidad, cuyos
 resultados obtenidos serán únicos y exclusivamente para este fin investigativo.
- Sé que el beneficio de este trabajo es aportar elementos importantes en la Institución Prestadora
 de Salud que mejore la calidad de vida y bienestar de las madres gestantes, mediante la detección
 temprana y oportuna de alteraciones en la gestación asistiendo constantemente a los controles
 prenatales, en ningún momento habrá remuneración económica.
- Se me ha informado que no se ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y
 sociales, ni ahora ni a futuro.
- Será tratada con equidad-igualdad y respeto y se responderá a cualquier duda que se nos
 presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconocemos que hemos leído y entendido la totalidad del trabajo y de la
 participación. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización de
 "Factores Asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red de salud ladera
 ipssiloé en la ciudad de Cali en año 2019" y firmo a continuación

NOMBRE DEL PADRE _____ CC _____
 FIRMA DEL PADRE _____
 NOMBRE Y FIRMA DEL MENOR _____

FIRMA DE TESTIGO(S) _____
 (ESCRIBIR DEBAJO DE LA FIRMA LA RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE)

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:



ASENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA**ACEPTACION COMITÉ FECHA:** _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____, MENOR de edad, identificado con T.I. N° _____, con autorización de mis padres, acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: "Factores Asociados a la inasistencia al control prenatal en gestantes de la red de salud ladera IPS Siloé en la ciudad de Cali en el año 2019". realizado por las estudiantes del programa de: Enfermería.
Alexandra Erazo Rodríguez cc: 1151962441 cel: 3128183191 correo: alexaerodriguezr@gmail.com;
Natalia Martínez Muñoz cc: 1089484805, cel: 3122130955, correo: natymartinez077@hotmail.com; María José Sierra Plata cc: 1151966831, cel: 3014130145, correo: majosi98@hotmail.com; y
Dirigido por la docente: Diana Loaiza Buitrago, cc: 31568767, cel: 3168334434, correo: Diana.Loaiza04@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: determinar los factores asociados a la inasistencia al control prenatal en las gestantes que asisten a la Red de Salud Ladera "IPS Siloé" en la ciudad de Cali en el año 2019, y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo. Se me ha explicado claramente mi participación: responder una encuesta asignada y aceptada previamente por las instituciones.

• Me explicaron también que puedo retirarme o ser retirado del estudio y no habrán problemas por ello, ni afectará a ninguna persona que participe del estudio, tampoco a la institución a la que pertenezco.

• A su vez sé que no utilizara mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de T.I y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores, la IPS Siloé, mis padres y yo. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

• Sé que el beneficio de este trabajo es aportar elementos importantes en la Institución Prestadora de Salud que mejore la calidad de vida y bienestar de las madres gestantes, mediante la detección temprana y oportuna de alteraciones en la gestación asistiendo constantemente a los controles prenatales, en ningún momento habrá remuneración económica.

• Se me ha informado que no se ocasionaran riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro

• A su vez, me explicaron que seré tratado con igualdad de condiciones y respeto. Se me responderá cualquier duda que se me presente en durante la investigación.

He oído –he leído y entendido el documento. Al firmar reconozco que comprendo perfectamente su contenido. Acepto participar y firmo a continuación:

NOMBRE _____ TI _____

FIRMA DEL MENOR: _____

FIRMA DE UNTESTIGO _____ (huella para testigo)



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:
