

## Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia)

### Factors of capacity associated with the right use of prenatal control Sincelejo (Colombia)

Clarybel Miranda Mellado<sup>1</sup>

#### Resumen

**Objetivo:** Determinar los factores de capacidad relacionados con el uso adecuado de control prenatal en gestantes de Sincelejo (Colombia) en 2014.

**Materiales y métodos:** Estudio analítico de corte transversal, con una muestra de 730 gestantes, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. La información fue recolectada por medio de Encuesta Sociodemográfica y de Caracterización familiar, Escala de Apgar Familiar y Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios. Para la tabulación de datos se usó Microsoft Excel V-2010, SPSS V-17, y para el análisis, las pruebas OR y Análisis Multivariado.

**Resultados:** El 97,7 % de las gestantes asiste al control prenatal. Sobre las razones de asistencia, 83,9 % (598) dijo que lo hacía para detectar alteraciones y 14,6 % (104) por recomendación de alguien; las 17 gestantes que no asistían al control citaron como razones: porque deben hacer mucho trámite (47,1 % (8)), por haber perdido la cita (23,5 % (4)), porque creen no necesitar el control porque habían tenido hijos sin problemas (23,5 % (4)), y porque creen que es muy temprano para iniciar el control (5,9 % (1)). Acerca del uso de control prenatal se encontró que el 75,6 % (552) hace uso adecuado de este servicio.

**Conclusiones:** Al hacer un análisis estadístico mediante razones de momios (OR), para hallar asociación con los factores de capacidad, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso adecuado de control prenatal y dos variables de capacidad: la afiliación a un régimen de salud y la satisfacción con los servicios de control prenatal.

**Palabras clave:** control prenatal, embarazo, gestación, uso de control prenatal, factores de capacidad.

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2016  
Fecha de aceptación: 26 de junio de 2016

<sup>1</sup> Enfermera, Msc. en Enfermería. Docente de la Universidad de Sucre. Sincelejo (Colombia). claribel.miranda@unisucre.edu.co

**Correspondencia:** Clarybel Miranda Mellado. Cra 28 n° 5-267, barrio Puerta Roja. Universidad de Sucre. Sincelejo (Colombia).

### Abstract

**Objective:** To determine the factors of capacity related to the use of appropriate prenatal control in pregnant women in Sincelejo, Colombia in 2014.

**Methodology:** A cross-sectional analytical study was carried out with a sample of 730 pregnant women, chosen by conglomerate sampling. Information was collected by means of a social-demographic and family characterization survey, Apgar Family and Services Satisfaction Scales with sanitary services. Microsoft Excel V2010, SPSS V 17 were used for data tabulation and OR tests and Multivariate Analysis for the analysis.

**Results:** 97.7 % of the pregnant women attend to prenatal control. Regarding reasons to attend prenatal control, 83,9 % (598) said they went to detect alterations and 14,6 % (104) following someone else's recommendations. 17 women did not attend to control and cited as reasons: too much paper work 47,1%(8), have missed the appointment 23,5 % (4), believe not needing control because they had delivered babies with no problem 23,5 % (4) and believe it is too early to start control (5,9 % (1). About the use of prenatal control, it was found that 75,6 % (552) uses appropriately this service.

**Conclusions:** When doing a statistical analysis by odds ratios (OR), to find association with the factors of capacity, we found a statistically significant association between the adequate use of prenatal control and two variables of ability: affiliation to a health regime and satisfaction with prenatal control services.

**Keywords:** prenatal control, pregnancy, use of prenatal control, capacity factors.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es tradicionalmente concebido como un evento fisiológico normal, pero debido a las complicaciones y problemas que suelen ocurrir en este período y que pueden afectar a la madre y al niño por nacer, se considera que la gestación debe ser vigilada para identificar a tiempo dichos problemas.

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

Según el Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por com-

plicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (2); en 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo, en el parto y después de este; casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (3,4).

Con la detección oportuna de las alteraciones del embarazo se contribuye a reducir esta mortalidad, que para el caso de Colombia pasó de 76 por 100 000 Nacidos Vivos (NV) en 2007 a 72,8 por 1000 000 nacidos vivos en 2011 (5); no obstante esta disminución no se reflejó en el departamento de Sucre, que para ese año fue de 15 muertes maternas (108.4 por 100 000 NV) (6); hecho que llamó la atención de las autoridades municipales y departamentales de salud; con la consecuente canalización de esfuerzos para impactar este problema a través de la implementación de la Política de Maternidad Segura de la OMS, en alianza con algunas entidades prestadoras de servicios de salud de la ciudad (7, 8).

El control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no solo de su oferta, sino del uso adecuado o inadecuado que la gestante haga de él.

Para explicar el uso del control prenatal se han realizado varios estudios sobre los factores que inciden en este fenómeno (9-11); y entre ellos están algunos de capacidad, como la afiliación al sistema de salud (12,13), la satisfacción con el servicio (14-17), el trato recibido y el tiempo de espera (20).

Uno de los enfoques teóricos mundialmente utilizados para abordar el estudio del uso de servicios es el Modelo de Ronald Andersen, el cual está asociado a tres conjuntos de factores: predisponentes, de capacidad y de necesidad (19-21).

Los recursos de los servicios de salud que hacen parte de los factores de capacidad y de interés para este estudio no fueron medidos como lo planteado por el autor, sino bajo la perspectiva de la satisfacción manifiesta de las gestantes con algunos aspectos que se manejan en las IPS donde son atendidas, como son: el tiempo que el personal sanitario le dedica, la información y la explicación ofrecida, el trato recibido y la comodidad de las instalaciones del centro, entre otros.

De otro lado, por norma del Ministerio de Salud de Colombia, las enfermeras (os) hacen parte del equipo de profesionales responsables de las actividades de prevención y control (22-24), y son ellas (os) quienes tienen mayor vocación y competencias para desarrollarlas; sin embargo, esto se lograría si las gestantes asisten y hacen uso adecuado del programa de control prenatal.

El cuidado de enfermería debe estar orientado a identificar oportunamente en el control prenatal factores de riesgo, para de esta manera direc-

cionar y orientar a la madre y a su pareja a usar los servicios y programas pertinentes (25).

Dado que los factores de capacidad están relacionados con las políticas de salud, la comprensión de estos factores puede permitir a los profesionales médicos y de enfermería de Sincelejo y de la región mejorar las intervenciones de cuidado a las gestantes que requieren de atención prenatal en aspectos orientados a mejorar las estrategias de atención y las formas de estimular a la gestante respecto al uso completo del número de controles prenatales (26,27). Considerando estos argumentos, se decidió realizar este estudio con el objetivo de determinar los factores de capacidad que están asociados al uso de control prenatal adecuado en las gestantes de Sincelejo.

Para esta investigación se tuvieron en cuenta los siguientes factores: de capacidad personal (afiliación en salud), de capacidad familiar (ingreso familiar y funcionalidad de la familia) y de capacidad de los servicios de salud o factores institucionales (accesibilidad a los servicios y satisfacción con los servicios de Control prenatal).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó un diseño de corte transversal, que permitió la medición simultánea de las variables de interés, en Sincelejo (Colombia).

La población fue de 5605 gestantes, estimadas a partir de los datos de control prenatal en el municipio para 2012 (28).

Se calculó una muestra probabilística y representativa de 730 embarazadas, considerando una proporción de exposición de gestantes que hacen uso adecuado de control prenatal

de 67.5 %, (12), un nivel de confiabilidad de 95 % y un error de 3.5 % (29).

La selección de la muestra se realizó a través de muestreo por conglomerados multietápico (30); los conglomerados fueron las 9 comunas de Sincelejo, y en el proceso se desarrollaron los siguientes pasos: selección de las comunas, identificación y selección de los barrios que iban a participar, identificación de las manzanas en cada barrio y ubicación de las gestantes. El número de embarazadas se obtuvo de forma proporcional al número de gestantes de cada comuna. Se tuvieron en cuenta dos criterios de inclusión: embarazadas mayores de 15 años de edad y consentimiento de participar en la investigación; se excluyó a gestantes con patologías asociadas con el embarazo y gestantes de 15 años de edad o menos.

Para la recolección de la información se optó por la técnica de Encuesta aplicada directamente en los hogares de las gestantes.

Se utilizaron tres instrumentos que se integraron en un cuestionario: el primer instrumento es una Encuesta Sociodemográfica y de Historia Prenatal diseñada y adaptada con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia, que se aplica cada cinco años (31); esta se utilizó para acopiar datos de edad, estado civil, escolaridad, ocupación, empleo, ingreso familiar, afiliación a la seguridad social, uso de control prenatal, edad gestacional, número de consultas prenatales, inicio del control prenatal, costos asumidos y razones por las cuales no se estaba haciendo el control prenatal.

El segundo instrumento utilizado fue la Escala de **Apgar Familiar** de Smilkstein, considerada como la que mejor se aproxima al análisis de la función familiar (32- 35). Existen varias versiones, generalmente con tres o cinco categorías

de respuesta. En esta investigación se utilizó la escala con tres ítems de respuestas: "Nunca o casi nunca", "A veces" y "Siempre o casi siempre". A esta escala se aplicó el análisis de fiabilidad mediante modelo Alfa de Cronbach, y se obtuvo un estadístico global de la escala con valor de 0,91, y valores por ítems superiores a 0,88 en cada una de las preguntas; lo cual llevó a considerar que la escala de Apgar Familiar utilizada tiene una excelente fiabilidad en este estudio (36).

El tercer instrumento fue la **Escala de Satisfacción** con los Servicios Sanitarios. En este estudio, los recursos de salud se valoraron con base en la opinión de los usuarios acerca de la satisfacción con el servicio de control prenatal. Se consideró que la escala más apropiada es la propuesta por Varela y cols., que contiene cuatro aspectos esenciales de los servicios sanitarios de atención primaria: el personal sanitario, el personal de apoyo, las condiciones físicas del centro y el acceso al servicio (37).

Para la valoración de la **satisfacción con el servicio de control prenatal** se incluyeron 9 indicadores, medidos mediante una escala dicotómica (satisfecho=1 o insatisfecho=0).

Los anteriores instrumentos fueron aplicados directamente en los sitios de residencia de las embarazadas por un grupo de estudiantes de VI semestre de Enfermería que había finalizado la asignatura Cuidado de la Mujer.

El procesamiento de la información se hizo en Microsoft Excel 2010 y se trasladó al programa SPSS, versión 17.0, con el fin de tabular los datos de forma descriptiva y cruzada, de acuerdo con los objetivos del estudio.

Para el análisis estadístico de las variables se utilizaron porcentajes, medianas, Razones de Momios (Odds Ratios=OR) y Análisis Multivariado.

Desde el punto de vista de la ética, la investigación se enmarcó en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (38), y fue clasificada como una investigación sin riesgo, ya que no implicó intervención intencionada de las variables valoradas en las gestantes, quienes firmaron voluntariamente el consentimiento informado.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas de las gestantes

Las 730 gestantes del estudio se encontraban en edades entre 16 y 40 años, con un promedio de edad de 23,8 años ( $S=5.5$ ); el rango de edad con mayor porcentaje fue el de 18-24 años (48,1%). El 73,2% de las gestantes vive en unión libre, el 69,1% ha cursado algún grado de bachillerato, el 80% son amas de casa y el 82% pertenece a los estratos sociales 1 y 2 (tabla 1).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las gestantes. Sincelejo, 2014

CARACTERÍSTICA	N°.	%
<b>EDAD</b>		
De 16 - 17 años	85	11,6
De 18 - 24	351	48,1
Mayores de 24	294	40,3
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	107	14,6
Unión libre	534	73,2
Soltera/Separada	89	12,2
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Analfabeta	6	0,8
Algún grado de primaria	52	7,1
Algún grado de bachillerato	504	69,1
Técnico	90	12,3
Tecnólogo/Universitario	78	10,7
<b>OCUPACIÓN</b>		
Ama de casa	584	80
Empleada / trabajo independiente	87	11,9

Continúa...

CARACTERÍSTICA	N°.	%
Estudiante	36	4,9
Desempleada	23	3,2
<b>ESTRATO SOCIAL</b>		
1	420	57,5
2	179	24,5
3 en adelante	131	18

Fuente: datos tabulados por autores.

### Gestación y asistencia al control prenatal

En cuanto a edad gestacional, resultaron dos grandes grupos: el 41,6% tenía entre 4 y 6 meses de embarazo y el 41,5% entre 7 y 9 meses, con una mediana de 6 meses de gestación; la mediana del número de embarazos fue de 2.

Respecto a la asistencia al control prenatal, el 97,7% (713) sí lo hacía, con una mediana de 4 controles prenatales; 17 (2,3%) gestantes respondieron que no asistían.

En cuanto al inicio del control prenatal, el 84,9% lo hizo en el primer trimestre, el 11,9% en el segundo trimestre y el 2,3% no lo había iniciado al momento de la encuesta (tabla 2).

Teniendo en cuenta la edad gestacional y el inicio del primer control (antes de la semana 14), se pudo determinar quiénes habían hecho uso adecuado de control prenatal, y se halló que el 75,6% hizo uso adecuado y el 24,4% inadecuado.

Sobre las razones de asistencia, el 83,9% dijo que lo hacía para detectar alteraciones y el 14,6% por recomendación de alguien; las 17 que no asistían dieron como razones para ello: la existencia de mucho trámite (47,1%), porque creen que no necesitaban el control porque habían tenido hijos sin problemas (23,5%), porque creen que es muy temprano para iniciar el control (17,6%) y por haber perdido la cita (11,8%) (tabla 2).

**Tabla 2.** Gestación y asistencia al control prenatal en gestantes de Sincelejo, 2014

VARIABLE	No.	%
<b>MESES DE GESTACIÓN</b>		
De 1 a 3 meses	121	16,6
De 4 a 6	306	41,9
De 7 a 9	303	41,5
Total	730	100%
<b>ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL</b>		
Sí	713	97,7
No	17	2,3
<b>INICIO DEL CONTROL PRENATAL</b>		
1 mes	256	35,1
2 meses	231	31,6
3 meses	134	18,3
4 meses	56	7,7
5 meses	23	3,1
6 meses y más	14	1,9
No lo ha iniciado	17	2,3
<b>USO ADECUADO E INADECUADO</b>		
Adecuado	552	75,6
Inadecuado	178	24,4
<b>RAZÓN DE ASISTENCIA AL C. PRENATAL</b>		
Para detectar alteraciones	598	83,9
Recomendación	104	14,6
Revisar estado de mi embarazo	8	1,1
Proteger mi salud y la de mi hijo	3	0,4
<b>RAZÓN DE INASISTENCIA</b>		
Mucho trámite en EPS/ARS	8	47,1
Creía que no necesitaba porque había tenido hijos sin problemas	4	23,5
Perdí la cita y no fui más	4	23,5
Creo que es muy temprano para asistir	1	5,9

**Fuente:** datos tabulados por autores.

### Descripción del comportamiento de los factores de Capacidad

El comportamiento de los factores de capacidad mostró que la mayoría de las gestantes están afiliadas al Régimen Subsidiado de salud (80,7

%); un gran porcentaje (55.9 %) tiene ingresos familiares entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales y el 35.2 % recibe menos de uno.

La accesibilidad se midió a través de la ubicación del centro de atención con respecto a su lugar de residencia, al tiempo de espera para la consulta y al horario ajustado a sus necesidades personales.

La mayoría ubicó la IPS como cerca de su residencia (59,6 %), reportó 30 minutos o menos como tiempo de espera previo a la consulta prenatal (67,3 %) y dijo que contaba con un horario ajustado a sus necesidades (84,7 %) (tabla 3).

**Tabla 3.** Afiliación en salud, ingreso familiar y accesibilidad a los servicios, en gestantes de Sincelejo, 2014

CARACTERÍSTICA	N°	%
<b>AFILIACIÓN EN SALUD</b>		
Contributivo	124	17
Subsidiado	589	80,7
Especial/Medicina Prepagada	10	1,4
Vinculado	7	0,9
<b>INGRESO FAMILIAR</b>		
Menos de 1 SMMLV	257	35,2
Entre 1 y 2	408	55,9
Más de 2	65	8,9
<b>ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE CP.</b>		
<b>UBICACIÓN DEL CENTRO</b>		
Cerca	425	59,6
Lejos	230	32,3
Muy lejos	58	8,1
<b>TIEMPO DE ESPERA</b>		
Igual o menos de 30 minutos	480	67,3
Mayor de 30 minutos	233	32,7
<b>HORARIO AJUSTADO</b>		
Sí	604	84,7
No	109	15,3

**Fuente:** datos tabulados por autores.

La tabla 4 describe los hallazgos individuales de la escala de funcionalidad familiar, y se encontró que alrededor de la tercera parte de las gestantes (61,1 % - 64,5 %) reportó que recibe “casi siempre” apoyo de las familias en las cinco dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos.

Otro de los recursos institucionales estudiados fue la satisfacción de los servicios de control

prenatal respecto a 9 satisfactores. La mayoría de las gestantes reportó satisfacción con: el tiempo que le dedica el médico (90,3 %), solución que le da el médico o la enfermera (90,9%), interés del médico en explicar e información proporcionada sobre el tratamiento (91 %), trato recibido del personal (93,8%), disposición del personal (93 %), comodidad de la sala de espera (78,3 %), instalaciones y equipos (84,9 %) y señalización del centro (88,9 %) (tabla 5).

**Tabla 4.** Indicadores de Funcionalidad Familiar en gestantes de Sincelejo, 2014

INDICADORES DE FUNCIONALIDAD	Casi siempre		A veces		Casi nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estoy satisfecha con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta. (Adaptación)	4777	63,5	234	32,1	19	2,6
Estoy satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo. (Participación)	450	61,6	249	34,1	31	4,2
Estoy satisfecha con la forma en que mi familia acepta y da apoyo a mis deseos de emprender nuevas actividades. (Crecimiento)	471	64,5	229	31,4	30	4,1
Estoy satisfecha con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones, tales como tristeza, rabia, amor. (Afecto)	454	62,2	243	33,3	33	4,5
Estoy satisfecha con la forma en que mi familia y yo compartimos el tiempo, el dinero y el espacio. (Recursos)	446	61,1	245	33,6	39	5,3

**Fuente:** datos tabulados por autores.

**Tabla 5.** Satisfactores de los prestadores del servicio de control prenatal, identificados por las gestantes de Sincelejo, 2014

VARIABLE	N°	%
INDICADORES DE SATISFACCIÓN	N°	
Tiempo que le dedica el médico	644	90,3
Soluciones dadas por médico o enfermera	648	90,9
Interés del médico en explicar	653	91,6
Información proporcionada sobre tratamiento	649	91
Trato recibido del resto del personal	669	93,8
Disposición del personal para ayudarlo	663	93
Comodidad y amplitud de la sala de espera	558	78,3
Instalaciones y equipos del centro	605	84,9
Señalización interna del centro	634	88,9
<b>Total</b>	<b>713</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** datos tabulados por autores.

### Análisis bivariado entre los Factores de Capacidad y el uso adecuado de control prenatal

Para estudiar la relación entre los factores de capacidad y el uso adecuado de control prenatal se utilizó el análisis estadístico de razones de momios (OR).

En cuanto a los factores de capacidad personales y familiares, solo se halló asociación entre afiliación en salud y el uso adecuado de control prenatal.

Las gestantes afiliadas al Régimen Contributivo o a un régimen especial usan 2,2 veces más control prenatal adecuado que las gestantes afiliadas al Régimen Subsidiado o

aquellas que no están afiliadas (OR=2,2 (I.C. 95 % 1,3 - 3,6)).

La sumatoria de los cinco ítems de la Escala de Apgar Familiar permitió valorar la funcionalidad familiar, y se halló que el 70,7 % de las familias de las gestantes son normofuncionales y el 29,3 % disfuncionales.

Al hacer el análisis estadístico entre esta variable y el uso adecuado o inadecuado de control prenatal, no se halló asociación significativa entre ellas (OR=0,9 (I.C.95 % 0,6 - 1,3)).

El ingreso tampoco mostró asociación estadística con el uso de control prenatal adecuado (OR=0,6 (I.C.95 % 1,4 - 0,9)) (tabla 6).

**Tabla 6.** Afiliación, ingreso familiar y funcionalidad familiar como factores de capacidad personal y familiar en el uso adecuado de control prenatal. Sincelejo, 2014

Factores	Uso adecuado					Límite intervalo	
	SÍ	%	NO	%	OR	INF	SUP
<b>AFILIACIÓN EN SALUD</b>							
Contributivo/especial	115	85,8	19	14,2	2,2	1,3	3,6
Subsidiado/no asegurado	437	73,3	159	26,7			
<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>SÍ</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>INF</b>	<b>SUP</b>
Hasta 1 SMMLV	523	80,5	54	19,5	0,6	0,4	0,9
Más de 1 SMMLV	329	72,6	124	27,4			
<b>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</b>	<b>SÍ</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>INF</b>	<b>SUP</b>
Familia Normo- funcional	375	76,1	118	23,9	0,9	0,6	1,3
Más de 30 minutos	177	74,7	60	25,3			

**Fuente:** datos tabulados por autores.

**Tabla 7.** Accesibilidad como factor de capacidad institucional en el uso adecuado de control prenatal. Sincelejo, 2014

UBICACIÓN DE LA IPS							
	SÍ	%	NO	%	OR	INF	SUP
Cerca	319	75,1	106	24,9	0,9	0,6	1,3
Lejos	233	76,4	72	23,6			
<b>TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA</b>	<b>SÍ</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>INF</b>	<b>SUP</b>
Igual o menor a 30 minutos	375	76,1	118	23,9	0,9	0,6	1,3
Más de 30 minutos	177	74,7	60	25,3			

**Fuente:** datos tabulados por autores.

Con respecto a la variable de accesibilidad, se consideraron dos indicadores para contrastar con el uso adecuado de control prenatal: ubicación de la IPS (OR=0,9 I.C. 95 % 0,6 - 1,3)) y el tiempo de espera antes de la consulta (OR=0,9 I.C. 95 % 0,6 - 1,3)); no se encontró asociación estadística entre ellas y el uso adecuado de control prenatal (tabla 7).

La otra variable de capacidad institucional analizada con el uso de control prenatal fue la de satisfacción con los servicios de control prenatal.

Las razones de momios muestran que existe relación entre el uso adecuado de control prenatal y la satisfacción que las gestantes tienen

con todos los satisfactores revisados: interés del médico en explicar las situaciones de salud; información ofrecida sobre el tratamiento; soluciones dadas por el médico y la enfermera; trato recibido, señalización del centro; disposición del personal para ayudar; tiempo que dedica el médico; instalaciones y equipos, y comodidad de la sala de espera (tabla 8).

Partiendo de los resultados de las asociaciones encontradas con el análisis bivariado realizado con la prueba de Odds Ratios, se procedió a realizar un análisis multivariado, y se halló finalmente que ninguno de los factores de capacidad está asociado con el uso adecuado de control prenatal (tabla 9).

**Tabla 8.** Satisfacción con el servicio como factor de capacidad institucional en el uso adecuado de control prenatal. Sincelejo, 2014

SATISFACTOR	USO ADECUADO				OR	LÍMITE INTERVALO	
	SÍ	%	NO	%		INF	SUP
<b>TIEMPO DEL MEDICO</b>							
Satisfecha	500	77,6	144	22,4	2,2	1,4	3,6
Insatisfecha	52	60,5	34	39,5			
<b>SOLUCIÓN MÉDICO/ENFERMERA</b>							
Satisfecha	508	78,4	140	21,6	3,1	1,9	5
Insatisfecha	44	53,7	38	46,3			
<b>INTERÉS DEL MÉDICO EN EXPLICAR</b>							
Satisfecha	512	78,4	141	21,6	3,3	2	5,4
Insatisfecha	40	51,9	37	48,1			
<b>INFORMACIÓN / TRATAMIENTO</b>							
Satisfecha	509	78,4	140	21,6	3,2	1,9	5,1
Insatisfecha	43	53,1	38	46,9			
<b>TRATO RECIBIDO</b>							
Satisfecha	518	77,4	151	22,6	2,7	1,5	4,6
Insatisfecha	34	55,7	27	44,3			
<b>DISPOSICIÓN PARA AYUDAR</b>							
Satisfecha	513	77,4	150	22,6	2,4	1,4	4,1

Continúa...

FACTORES DE CAPACIDAD EN EL USO DE CONTROL PRENATAL ADECUADO  
EN GESTANTES DE SINCELEJO (COLOMBIA)

SATISFACTOR	USO ADECUADO				LÍMITE INTERVALO		
Insatisfecha	39	58,2	28	41,8			
<b>COMODIDAD DE SALA ESPERA</b>	<b>SÍ</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>INF</b>	<b>SUP</b>
Satisfecha	438	78,5	120	21,5	1,8	1,2	2,7
Insatisfecha	114	66,3	58	33,7			
<b>INSTALACIONES Y EQUIPOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>INF</b>	<b>SUP</b>
Satisfecha	472	78	133	22	1,9	1,3	3
Insatisfecha	80	64	45	36			
<b>SEÑALIZACIÓN DE LA IPS</b>	<b>SÍ</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OR</b>	<b>INF</b>	<b>SUP</b>
Satisfecha	497	78,4	137	21,6	2,7	1,7	4,2
Insatisfecha	55	57,3	41	42,7			

Fuente: datos tabulados por autores.

**Tabla 9.** Análisis multivariado de los factores de capacidad asociados al uso adecuado de control prenatal. Sincelejo, 2014

VARIABLES	OR	I.C. 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Afiliación en salud	1,199	0,612	2,349
Satisfacción tiempo médico	0,374	0,141	1
Satisfacción solución médico	1,944	0,691	5,463
Satisfacción interés médico	1,813	0,638	5,157
Satisfacción información	1,349	0,519	3,505
Satisfacción trato	1,451	0,463	4,543
Satisfacción disposición	0,845	0,273	2,62
Satisfacción comodidad	0,949	0,539	1,671
Satisfacción instalaciones	0,927	0,439	1,956
Satisfacción señalización	1,835	0,895	3,763
Beneficios	2,898	1,307	6,426

Fuente: datos tabulados por autores.

## DISCUSIÓN

El análisis estadístico aplicado a los resultados de este estudio mostró que el uso adecuado de control prenatal estuvo asociado de manera significativa con dos factores de capacidad: la afiliación en salud y la satisfacción con los servicios de control prenatal recibidos.

Haciendo referencia a la afiliación en salud, se presentaron diferencias significativas entre los dos regímenes establecidos en Colombia: las gestantes que están afiliadas al Régimen Contributivo usan dos veces más control prenatal adecuado (85.8 %) que las que están afiliadas al Régimen Subsidiado (73.3 %).

La afiliación a la seguridad social en salud marca de manera importante la utilización de los servicios de control prenatal, como lo muestran varios autores (15-17).

Castillo IY et al. (12) encontraron diferencias significativas entre afiliadas y no afiliadas a un régimen de salud; Aguado LF et al. (13) hallaron que las madres que tienen afiliación al Régimen Subsidiado tienen un 25 % más de probabilidad de tener atención prenatal calificada con respecto a las madres no afiliadas a algún régimen de seguridad social; Támez S et al. (20) identificaron la afiliación como una de las variables mediadoras de mayor peso en el uso adecuado de control prenatal.

En este estudio, el análisis no se planteó en términos de afiliación/no afiliación, debido a que el Estado ha realizado grandes esfuerzos en ampliación de cobertura de servicios de salud, tanto en programas de prevención como en los planes de atención y aumento de beneficios del POS - Subsidiado.

Las coberturas de afiliación en salud en Colombia han aumentado progresivamente durante los últimos años: pasaron de 76,26 % en 2005 a 91,37 % en 2012 (39); coberturas que han mejorado como producto de los esfuerzos gubernamentales en elevar las cifras en el Régimen Subsidiado, con el propósito de cerrar la brecha entre los planes de beneficios ofrecidos en cada régimen, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011, que plantea la unificación del Plan de Beneficios y el aseguramiento universal (40).

La afiliación en salud para las gestantes de este estudio también muestra cifras altas de cobertura de aseguramiento en salud (99,1 %).

Acercas de la segunda variable de capacidad, relacionada con la satisfacción manifiesta de

la gestante con los servicios de control prenatal ofrecidos por las instituciones de salud, el haber encontrado una relación significativa entre el uso adecuado de control prenatal y los nueve satisfactores incluidos en el estudio, se constituye en un insumo importante para continuar mejorando aspectos institucionales en el manejo de estos programas.

Sobre estos satisfactores y su influencia en el uso de control prenatal adecuado es poco lo que se ha indagado. Sin embargo, los resultados descriptivos de algunos estudios en países latinoamericanos sirven como parámetros para valorar cómo se comportaron los indicadores de satisfacción evaluados en este estudio.

En una intervención educativa aplicada en adolescentes embarazadas en México, Bastarrachea I. y Quijano M. (14) hallaron que el 54,1 % estaban muy satisfechas con la atención médica, porcentajes más bajos que los encontrados en esta investigación; el 90,3 % manifestaron que estaban satisfechas con el tiempo que le dedica el médico, y el 91,6 % con el interés en darles explicaciones. Según los mismos autores, el 54,1% dijo que el trato recibido en la atención prenatal fue muy bueno; comparativamente muy bajo con el índice de satisfacción de este indicador en gestantes de Sincelejo, que fue de 93,8 %.

En el estudio de Alfaro N. y Campos G., realizado en Costa Rica, se encontró que solo el 20 % de las gestantes refirió que le habían realizado una entrevista completa; algunas dijeron que en ocasiones les tenían que preguntar sobre síntomas que ellas consideraban anormales, dado que tanto médicos como enfermeras no hacían explicaciones sobre estos síntomas (15). Estas cifras son inferiores a las halladas en este estudio: el 91 % de las gestantes estaban satisfechas con la información recibida sobre el tratamiento.

Con relación al trato recibido, en un estudio de Bronfman MN. et al. en México (18), el 9,2 % estaban insatisfechas con el trato, y la mala calidad del servicio estuvo asociada con el trato inadecuado y con el tiempo de espera excesivo en la consulta (mayor de 90 minutos).

Igualmente, en otro estudio cualitativo realizado por Blossiers C. en Perú, las jóvenes embarazadas señalaron que los médicos ginecobstetras no mantenían la mirada con las jóvenes en la consulta, sino que escribían constantemente; dijeron que preferían recibir un trato afectuoso y dialogante de parte del médico, así como el que recibían de las enfermeras en un hospital de Lima (17).

Si comparamos estos resultados con los de esta investigación, se puede colegir que los porcentajes de satisfacción con los servicios de control prenatal son relativamente más altos que los de otros países; hecho coherente con los esfuerzos y políticas gubernamentales que se vienen implementando en los últimos años en Colombia y en aquellas regiones donde persiste el problema de mortalidad materna, y el control prenatal sigue viéndose como la mejor alternativa para impactarla.

Los resultados más aproximados a los de esta investigación fueron reportados por Munares OF en el Perú, quien halló que el 80 % de las gestantes dice que la información brindada por el profesional de salud fue adecuada, el 92 % sí entiende las explicaciones que su profesional les brinda en el control prenatal y el 95 % indicó que una de las satisfacciones de los clientes es ser escuchada por el profesional que las atiende (16).

Por otro lado, el porcentaje de mujeres que asistieron al control prenatal en este estudio fue alto (97.7 %); cifra superior a lo observa-

do por Castillo (12) en Cartagena (82.2 %) y a los reportes de la ENDS-2010 de Colombia (31), que para el departamento de Sucre fue del 87.4%.

Este resultado puede deberse posiblemente al impulso de la política de Maternidad Segura que el municipio y el departamento emprendieron como estrategia para disminuir las altas tasas de mortalidad materna; de hecho, en 2013 la Secretaría Departamental de Salud de Sucre lanzó dos campañas: “Unidos por la Maternidad” (8) y “Maternidad segura con acciones claras para dejar huellas” (9). Al respecto, la Secretaría municipal hizo un llamado a las EPS para que de manera individual presentaran un Plan de Acción para reducir las muertes maternas, promoviendo una Maternidad Segura a través de campañas educativas lideradas por enfermeras encargadas de los programas de control prenatal de estas IPS; así mismo, dentro de estas acciones se establecieron los Comités de Vigilancia Epidemiológica para implementar y monitorear los planes de mejoramiento (41).

Los datos sobre el inicio del control prenatal dan cuenta de un alto porcentaje de gestantes (85.1 %) que lo hicieron en su primer trimestre de embarazo; esta cifra es inferior a lo hallado por Bassani D. et al. (11), quienes en su estudio encontraron que el 100 % de las gestantes había iniciado su control prenatal al finalizar el primer trimestre de su embarazo. El porcentaje de controles inadecuados hallado en Sincelejo podría deberse en parte al inicio tardío del control prenatal (15 %).

Aunque se han implementado estrategias y campañas para mejorar la asistencia al control prenatal en Sucre, es prematuro pensar que los resultados mejoren en tan corto tiempo. Según estadísticas del Programa de Control

Prenatal del municipio, el número de controles durante el embarazo ha aumentado, no así el inicio temprano de los mismos (28).

Sobre el uso adecuado de control prenatal, Bassani D et al (11) hallaron un 60 % en Brasil; Paredes I. et al (17) encontraron 24.5 % en Ecuador; mientras que Castillo Y et al. (12) reportaron 67.5 % en Cartagena y Aguado LF et al. 60.7 % en el litoral pacífico colombiano (13). Los resultados del estudio de Sincelejo dan cuenta de 75 % de uso adecuado de control prenatal, cifra superior a las encontradas en los estudios citados. Para el caso de Colombia, las diferencias podrían deberse a decisiones políticas locales y a la manera en que cada región asume la aplicación de las mismas. Recuérdese que Sucre viene presentando altas tasas de mortalidad, que de alguna manera inducen a la ejecución de planes de choque para controlar el problema, y las acciones implementadas en Sincelejo en 2013 pudieron verse reflejadas en los resultados de este estudio.

En concordancia con lo expuesto por Rendón BJ (42), el profesional de enfermería ha contribuido históricamente a brindar importantes aportes en los programas de salud preventivos y promocionales, y el control prenatal es uno de ellos. De esta manera, la enfermera propicia que las embarazadas participen de manera voluntaria y permanente para el logro de objetivos comunes que las beneficien y les den tranquilidad en su proceso de gestación.

## CONCLUSIÓN

El control prenatal sigue siendo un indicador relevante de la conducta preventiva que toda mujer embarazada debe realizar para garantizar un desarrollo normal del mismo y para detectar y tratar las complicaciones que pueden presentarse. A pesar de que el Control

Prenatal es uno de los programas gratuitos y de mayor regularidad en Colombia, aún se sigue presentando un número importante de mujeres que no hacen uso adecuado de este control, como lo muestran los resultados de esta investigación. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso adecuado de control prenatal y dos variables de capacidad: la afiliación a un régimen de salud y la satisfacción con los servicios de control prenatal. El aporte social que esta investigación hace al conocimiento y práctica de la enfermería y demás personal involucrado radica en que a partir de sus resultados se pueden diseñar y ejecutar intervenciones orientadas a mejorar los servicios de control prenatal.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

**Financiación:** Universidad de Sucre.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal en *atención primaria de la salud*. Protocolo 1. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2011. p. 5. Disponible en: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-contrapartes&alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps&Itemid=253](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-contrapartes&alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps&Itemid=253)
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2012 y 2013. Situación de salud de las Américas. p. 1-12. Disponible en: [http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI\\_2012\\_SPA.pdf](http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Suiza; 2013.

- Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2011. Situación de Salud en Colombia. p. 1-32. Disponible en: [http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas\\_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf](http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf)
  6. Gobernación de Sucre. Secretaría de Salud Departamental. Estadísticas – Programa de Control Prenatal, 2013.
  7. Gobernación de Sucre. Secretaría de Salud Departamental. Concertación del Plan de Acción para una Maternidad segura. Datos estadísticos. Reunión interinstitucional. Sincelejo, junio de 2013.
  8. Gobernación de Sucre. Secretaría de Salud Departamental. Análisis de la Situación de Salud de Sucre - 2011. Acciones claras para dejar huellas. Sincelejo, octubre de 2011. p. 1-208. Disponible en: [http://www.minsalud.gov.co/sites/RID/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/Vs/ED/PSP/Analisis\\_de\\_situacion\\_de\\_salud\\_en\\_Sucre.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/RID/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/Vs/ED/PSP/Analisis_de_situacion_de_salud_en_Sucre.pdf)
  9. Castro M. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encuesta Nacional de Salud 2007. [Tesis]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, 2009. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/1/597350.2009.pdf>
  10. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* 2011; 22 (4): 159-160. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext)
  11. Bassani D, Surkan P, Olinto MT. Inadequate Use of Prenatal Services Among Brazilian Women: The Role of Maternal Characteristics. *Perspectivas internacionales en Salud Sexual y Reproductiva* 2009; 35(1):15-20. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3601010S.pdf>
  12. Castillo-Ávila IY, Arias-Canoles LS, Cueto-Pérez EY, Ledesma-Barbosa Y, Luna-González TM, Moron-Morelo L et al. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena, 2011. En: *XIX Congreso Nacional de Enfermería de la ANEC*; 2012. p. 29-32. Disponible en: [http://www.anec.org.co/images/Documentos\\_ANEC/1erpuesto.pdf](http://www.anec.org.co/images/Documentos_ANEC/1erpuesto.pdf)
  13. Aguado LF, Girón LE, Osorio AM, Tovar LM, Ahumada JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv.* 2007; 5(1): 1-36.
  14. Bastarrachea I, Quijano M. Satisfacción de las adolescentes embarazadas con la atención prenatal mediante la aplicación de un modelo educativo integral en el Hospital General O'Horán, SSY. Yucatán; 2004. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Satisfacci%C3%B3n%20de%20las%20adolescentes%20embarazadas%20con%20la%20atenci%C3%B3n%20prenatal....pdf>
  15. Alfaro N, Campos G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, durante el año 2012. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* 2014; (26): 1-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i26.14246>
  16. Munares OF. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos del primer nivel de atención de Lima. [Tesis]. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2005. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/munares\\_go.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/munares_go.pdf)
  17. Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* 2010; 27(3): 337-

344. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n3/a05v27n3.pdf>
18. Bronfman MN, López S, Moreno A, Rutsstein S, Magis C. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública Méx* 2003;45(6):445-54. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n6/18738.pdf>
  19. Andersen R. Health Status Indices and Access to Medical Care. *AJPH* 1978; 68(5): 458-63. Disponible en: [http://www.norc.org/PDFs/publications/NORCBib-Supp\\_1961\\_1982.pdf](http://www.norc.org/PDFs/publications/NORCBib-Supp_1961_1982.pdf)
  20. Támez S, Valle RI, Eibenschutz C, Méndez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Pública Méx* 2006; 48(5): 418-29. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n5/32100.pdf>
  21. Gelberg L, Andersen RM, And Leake BD. Health care Access and Utilization. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to Medical Care Use and Outcomes for Homeless People. *HSR: Health Services Research* 2000; 34(6): 232-238.
  22. Ministerio de Salud de Colombia. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. p. 1-17. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08-deteccion.pdf>
  23. Guías de Atención integral para la Prevención, Detección temprana y Tratamiento de las Complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá. D.C.: Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2013. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC\\_Prof\\_Sal\\_Embarazo.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Prof_Sal_Embarazo.pdf)
  24. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, D.C., febrero de 2003. p. 1-68. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>
  25. Noguera N, Alvarado H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería* 2010; 7 (7): 151-60. Disponible en: [http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colombiana\\_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf](http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf)
  26. Arévalo E. Gestación y prácticas de cuidado. *Av.enferm* 2007; 25 (2). 50-57. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a05.pdf>
  27. Hernández LM. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo (a). *Av. enferm* 2008; 26 (1): 97-102.
  28. Hernández ME. Informe de Estrategias del Programa de Control Prenatal. Secretaría de Salud Municipal de Sincelejo; 2014.
  29. Wayne D. (1987). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. 3ª ed. México: Limusa - Noriega.
  30. Zapata EJ, Cubides AM, López MC, Pinzón EM, Filigrana PA, Cassiani CA. Muestreo por conglomerados en encuestas poblacionales. *Rev. Salud pública* 2011; 13 (1): 141-151. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33543/33506>
  31. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud materno-infantil. Cap. 10. p. 210. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-10.pdf>
  32. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its uses by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
  33. Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familograma y el APGAR Familiar. *RAMPA* 2006; 1 (1): 48-57.
  34. Suárez M, Alcalá M. Apgar Familiar: Una Herramienta para detectar Disfunción Familiar. *Rev. Méd. La Paz* 2014;20(1):53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext)

35. Forero LM, Avendaño MC, Duarte ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev.colomb.psiquiatria* 2006; 35(1): 23-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502006000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000100003)
36. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. p. 1-3 Disponible en: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
37. Varela-Mallou J, Rial-Boubeta A, García-Cueto E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema* 2003; 15 (4): 656-661.
38. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establece normas de investigación en salud. Bogotá, D.C., octubre de 1993. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion\\_008430\\_1993/](http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/)
39. Histórico de cobertura en afiliación salud años 2004 - 2012. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
40. Ley 1438 de 2011. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
41. Osorno MM. Atención integral de la embarazada en la comunidad. *Hallazgos* 2013;10 (20):123-40. Dipsonible en: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-3841.2013.0020.08>.
42. Rendon BJ. Significado de las Prácticas de Cuidado Cultural que realizan las Gestantes consigo mismas y sus hijos por nacer en el Control Prenatal. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Posgrados Unidisciplinarios. Programa de Maestría en Enfermería; 2012. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/>
43. Cáceres F. Control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol. Social* 2009; 60(2): 165-170.
44. Gilbert N, Casapía M, Joseph S, Ryan J, Gyorkos T. Inadequate prenatal care and the risk of stillbirth in the Peruvian Amazon. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 109:155-166. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.12.009>
45. Moya Plata. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Rev Cuid ;1(1):44-55*. Disponible en: <http://cuidarte.udes.edu.co/attachments/article/70/Ingreso%20temprano%20al%20control%20prenatal%20en%20una%20unidad%20materno%20infantil.pdf>
46. Miguél L. Estudio revela causas de inasistencia a controles prenatales. Vanguardia.com, 15 de febrero de 2013. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/196270-estudio-revela-causas-de-inasistencia-a-controles-prenatales>
47. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005; 88, 168-172. Doi: 10.1016/j.ijgo.2004.09.024
48. Castaño KL. Calidad de atención en el Control Prenatal: opinión de las usuarias de una Institución Prestadora de Servicios de Bogotá, D. C.( Colombia). [Tesis]. Bogotá, D. C: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería; 2009. p: 32-61. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
49. Hernández Pardo L y Calá Navarro CA. Factores asociados al abandono del Programa de Control Prenatal en las gestantes captadas en la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo semestre de 2009. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/handle/123456789/646>.