

FACTORES DE SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DE USUARIAS ASOCIADOS AL ACCESO AL CONTROL PRENATAL

*Paula Tatiana Rivera Mejía**
*Rocío Carvajal Barona***
*Julio César Mateus Solarte****
*Fernando Arango Gómez*****
*Jorge Alberto Valencia Bernal******

Recibido en diciembre 16 de 2013, aceptado en abril 16 de 2014

Citar este artículo así:

Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia promoc. salud.* 2014; 19(1):84-98

Resumen

Objetivo: Describir los factores de los servicios de salud y satisfacción de usuarias que se asocian con el acceso al control prenatal (CP) en instituciones de salud de Manizales y Cali. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y de controles con una muestra de gestantes que asistieron al CP en 7 instituciones. Se aplicó un cuestionario para la recolección de información a 823 gestantes. Otro cuestionario fue aplicado a 4 enfermeras encargadas de manejar los programas de CP. La variable dependiente fue el acceso al CP y las independientes: la presencia de barreras administrativas, económicas, geográficas y percepción del trato, orientación brindada y aspecto físico de los servicios de salud. Las variables que indagaron por las estrategias de búsqueda activa fueron: proporción de gestantes inscritas en el primer trimestre, utilización de folletos y carteles informativos para generar conciencia sobre la importancia del acceso oportuno al CP. **Resultados:** Factores como la etnia ($P = 0,01$), el tipo de afiliación al régimen de salud ($P = 0,001$), actividad de la madre en el último mes ($P = 0,04$), baja capacidad económica ($P = 0,038$), no estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ($P < 0,001$) y la tramitología ($P = 0,003$) presentaron diferencias significativas entre los grupos. En ambos grupos se encontraron valoraciones positivas del trato, orientación y aspecto físico en los servicios de salud. **Conclusiones:** Aspectos como la disminución del gasto de bolsillo, las incomodidades derivadas de la atención y de las instalaciones, además del buen trato, respeto, empatía con las gestantes deben ser parte de los planes de mejoramiento de la calidad de la atención del CP.

Palabras clave

Accesibilidad a los servicios de salud, atención prenatal, satisfacción del paciente, servicios de salud, embarazo (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Mg. en Salud Pública Fundación FES. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: paulat.rivera@upb.edu.co

** Enfermera. Mg. en Salud Pública. Fundación FES. Universidad Pontificia Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: rocaba70@hotmail.com

*** Médico. Mg en Epidemiología. Investigador Fundación FES. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Correo electrónico: jcmateus@fundacionfes.org

**** Médico. Neonatólogo. Mg. en Epidemiología. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: fernando.arango64@gmail.com

***** Médico. Mg. en Calidad de los Servicios de Salud. Fundación FES. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jorgevabe@hotmail.com

FACTORS OF HEALTH SERVICES AND USERS SATISFACTION ASSOCIATED TO ANTENATAL CARE ACCESS

Abstract

Objectives: Describe the Factors of health services and users' satisfaction associated to the access to antenatal care (AC) at health institutions in Manizales and Cali. **Materials and Methods:** Case-control case study with a sample of pregnant women attending the AC in seven centers. A questionnaire was applied to 823 pregnant women to collect information. Another questionnaire was applied to four nurses in charge of the AC programs. The dependent variable was the access to the AC and the independent variables were the presence of administrative, economic, and geographic barriers, and perception of care, guidance provided and the physical appearance of health services. The variables that queried about active search strategies were: the proportion of pregnant women registered in the first trimester, use of brochures or posters raise awareness of timely access to AC. **Results:** Factors such as ethnicity ($P = 0.01$), the type of health insurance ($P = 0.001$), activity of the mother in the last month ($P = 0.04$), low economic capacity ($P = 0.038$), not being Affiliated to any health system ($P < 0.001$) and paperwork ($P = 0.003$) had significant differences between the groups. Both groups had positive opinions about treatment, counseling and physical appearance of health services. **Conclusions:** Aspects such as the decreased spending, the inconvenience arising from the care and facilities, in addition to good treatment, respect, empathy with pregnant women should be part of plans for the improvement of the quality of care of the AC.

Key words

Health services accessibility, prenatal care, patient satisfaction, health services, pregnancy (*source: Desc, BIREME*).

FATORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E SATISFAÇÃO DE USUÁRIAS ASSOCIADOS AO ACESSO AO CONTROLE PRÉ-NATAL

Resumo

Objetivo: Descrever os fatores dos serviços de saúde e satisfação de usuárias que se associam com o acesso ao controle pré-natal (CP) em instituições de saúde de Manizales e Cali. **Materiais e Métodos:** Estudo de casos e de controles com uma amostra de gestantes que assistiram ao CP em 7 instituições. Aplicou se um questionário para a relação de informação a 823 gestantes. Outro questionário foi aplicado a 4 enfermeiras encarregadas de manejar os programas de CP. A variedade dependente foi o acesso ao CP e as independentes: A presença de barreiras administrativas, econômicas, geográficas e percepção do trato, orientação brindada e aspeto físico dos serviços de saúde. As variáveis que indagaram pelas estratégias de busca ativa foram: proporção de gestantes inscritas no primeiro trimestre, utilização panfletos e cartaz informativos para gerar consciência sobre a importância do acesso oportuno ao CP. **Resultados:** Fatores como a etnia ($P = 0,01$), o tipo de afiliação ao regime de saúde ($P = 0,001$), atividade da mãe no último mês ($P = 0,04$), baixa capacidade econômica ($P = 0,038$), não estar afiliada ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS) ($P < 0,001$) e o excesso de tramites ($P = 0,003$) apresentaram diferenças significativas entre os grupos. Os dois grupos encontraram se avaliações positivas do trato, orientação e aspecto físico nos serviços de saúde. **Conclusões:** Aspectos como a diminuição do gasto de bolso, o incomodam o derivado da atenção e das instalações, além do bom trato, respeito, empatia com as gestantes devem ser parte dos planos de melhoramento da qualidade da atenção do CP.

Palavras chave

Acessibilidade aos serviços de saúde, atenção pré-natal, satisfação de paciente, serviços de saúde, gravidez (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Se ha descrito que el control prenatal (CP) reduce la morbi-mortalidad materna y perinatal a través de la detección y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo, asegurando su atención en instalaciones equipadas adecuadamente (1). Además determina que los partos sean seguros (2), las mujeres que no reciben atención prenatal y dan a luz en su domicilio tienen 19 veces más probabilidades de morir que aquellas que reciben atención prenatal y dan a luz en un establecimiento de salud (3). Asimismo, este programa tiene un impacto positivo en la utilización de los servicios después del parto (4).

Una función clave de estos programas es ofrecer información y servicios de salud que mejoren significativamente la salud de las mujeres y sus hijos (5). Sin embargo, en los países en desarrollo dichos programas de CP frecuentemente son mal implementados y las visitas a los servicios de salud pueden darse de manera irregular, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres (6).

Con la intención de mejorar la cobertura del CP Colombia fijó como meta nacional, acorde con el objetivo número cinco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales” (7). No obstante, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, las mujeres que tuvieron nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta el 77% fue a la primera visita prenatal cuando tenía menos de cuatro meses de embarazo (8). Estas cifras continúan siendo un reto, pues el acceso tardío y la baja adherencia al CP pueden aumentar las tasas de mortalidad y morbilidad materno-perinatales, generar un mayor uso de los servicios de salud y elevar innecesariamente los costos de atención (9, 10).

El acceso al CP está influenciado por varias condiciones. Estudios recientes (11) han

identificado factores que afectan el uso de los servicios de atención en los países en proceso de crecimiento tales como: la educación de la madre (12), la educación de la pareja, el estado civil, la disponibilidad de servicios de salud (13) el costo de los servicios sanitarios (14), los ingresos del hogar, el empleo de las mujeres, tener antecedentes de complicaciones obstétricas, y las creencias culturales. En esta investigación se trabajó bajo el modelo de Aday y Andersen (15) el cual manifiesta que el acceso a los servicios de salud está influenciado por los objetivos de las políticas en salud, las características del sistema de salud, las características de la población en situación de riesgo, la utilización efectiva de servicios de salud y el grado de satisfacción que se logre de las necesidades del consumidor. En esta investigación se estudió la relación entre estos tres últimos factores citados arriba y el acceso de las gestantes al CP, con el fin de generar resultados que les sirvan de insumo a las instituciones de salud y a los tomadores de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio de casos y de controles.

Población

Gestantes que asistieron al CP en cuatro instituciones de salud en Manizales y tres en Cali, de primer y segundo nivel de complejidad que atienden población del régimen subsidiado, contributivo y no afiliado, entre agosto de 2010 y junio de 2011. Los criterios de inclusión fueron: gestantes mayores de 15 años, sin enfermedad mental conocida, que tuvieran su primer CP en una de las instituciones de salud participantes, haber sido clasificadas con riesgo obstétrico bajo o medio. Las gestantes que empezaron sus controles de manera tardía (después de la semana 12 de

gestación) se consideraron casos mientras que las que iniciaron los CP de manera temprana (antes o en la semana 12 de gestación) se consideraron controles. Para todas las mujeres, la semana de inicio será definida por ecografía. Con el fin de analizar los factores asociados al acceso al CP se tomaron del modelo de Aday y Andersen, la utilización efectiva de servicios de salud, el grado de satisfacción que se logre de las necesidades del consumidor y las características de la población en riesgo, los cuales tienen como elementos la predisposición, la capacidad y la necesidad, que

se interpretan como los factores individuales que influyen la utilización de servicios.

Tamaño de muestra

Se calculó con base en un 10% de prevalencia de exposición, confiabilidad del 95%, poder de 80% y 20% de no respuesta para un total de 432 casos por 391 controles. Los tamaños de muestra según relaciones caso: control y diferentes prevalencias de exposición en controles, se exponen a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Relaciones caso: control y diferentes prevalencias de exposición. Cali y Manizales 2011.

RELACIÓN CASO: CONTROL	PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN EN CONTROLES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	CASOS MÁS 20% DE NO RESPUESTA	CONTROLES MÁS 20% DE NO RESPUESTA	TOTAL MÁS 20% DE NO RESPUESTA
1:1	5%	559	559	1118	671	671	1342
	10%	307	307	614	368	368	737
	15%	225	225	450	270	270	540
	20%	186	186	372	223	223	446
2:1	5%	866	433	1299	1039	520	1559
	10%	473	236	709	568	283	851
	15%	345	172	517	414	206	620
	20%	284	142	426	341	170	511

Fuente: Elaboración propia.

Técnicas de recolección

Se diseñó una entrevista estructurada basada en el modelo de acceso a los servicios de salud de Aday y Andersen (15). Este cuestionario fue validado por Arias y cols. En la ciudad de Popayán en 2001 (16). Este instrumento se sometió a entrevistas cognitivas para asegurar su comprensión y mejorar la validez de la medición, antes de iniciar la recolección de la muestra.

Una vez finalizado el primer CP, se abordó a la gestante para explicarle la investigación, obtener de ella el permiso de su participación a través de

la firma del consentimiento informado y proceder a realizar la entrevista. Con el fin de describir las estrategias de captación temprana por parte de las instituciones de salud participantes, se aplicó un instrumento siguiendo los lineamientos y directrices de Enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Análisis estadístico

Se realizó análisis exploratorio univariado para descripción de los datos. Para las variables

categorías se utilizó χ^2 y para las variables numéricas la prueba T de Student. Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias. Se utilizó el software Excel y SPSS versión 11.5.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de la muestra. La edad promedio de las gestantes fue 23,3 años. El grupo comprendido entre los 20 y 29 años representó un alto porcentaje (53,2% casos y 43,7% controles) sin existir diferencias significativas entre los grupos ($P = 0,075$). En el grupo de casos hubo menor proporción de gestantes con nivel de educación universitaria (5,5%) comparado con en el grupo control (11%). Estas diferencias entre los grupos fueron significativas ($P = 0,022$).

El 17,8% de las gestantes del grupo control no estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, comparado con el 10% de los controles ($P < 0,001$). Hubo más gestantes pertenecientes a los grupos étnicos afro e indígenas en el grupo de casos (27,3%) comparados con los controles (15,6%; $P = 0,01$).

Los ingresos económicos de la gestante fueron en promedio de \$616.828 (+/- \$49,321). La actividad que principalmente desarrollaron las gestantes fue oficios del hogar. Con respecto al tiempo que tarda la gestante en llegar a la institución, el promedio fue de 19 minutos (+/- 10 minutos). No se encontraron diferencias significativas entre el

tiempo que tardaron las gestantes de los dos grupos ($P = 0,311$). La media de dinero que se gastan las usuarias para asistir al CP fue de \$8727 (+/- \$7184), con un rango de 0 a \$20.000. Este gasto de bolsillo no mostró diferencias significativas entre los grupos ($P = 0,3$).

Barreras de acceso

En la Tabla 3 se muestran las barreras de acceso a los servicios de salud, las que mostraron ser significativas fueron: no tener dinero ($P = 0,038$; $OR = 2,01$; $IC\ 95\% = 1,02-5,54$) ni carné de salud antes de inscribirse al control ($P < 0,001$; $OR = 3,85$; $IC\ 95\% = 2,67-5,54$), no creía importante asistir al CP antes de inscribirse ($P = 0,004$) y el tener que realizar muchos trámites administrativos ($P = 0,003$; casos = 7,4%). Estos resultados evidencian que fueron más las mujeres que accedieron de manera tardía comparadas con las que accedieron tempranamente que encontraron barreras para acceder al servicio de salud. Además, al calcular el riesgo de acceder tardíamente al CP de las gestantes que no tenían dinero en el momento de la inscripción fue dos veces mayor comparado con las que sí tenían dinero ($OR = 2,01$; $IC\ 95\% = 1,02-3,94$). El riesgo de las mujeres que no tenían afiliación al SGSSS fue de 3,85 veces ($IC\ 95\% = 2,67-5,54$) comparado con las que sí contaban con dicha afiliación. De otro lado, las gestantes que se ven obligadas a realizar muchos trámites antes de iniciar su control prenatal tienen 2,76 veces ($IC\ 95\% = 1,37-5,56$) más riesgo de ingresar tardíamente al CP, que las que no tuvieron este obstáculo.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes. Cali y Manizales. 2011.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	CASOS		CONTROLES		P-VALOR
	N	%	N	%	
Edad materna					
15-19 Adolescente	138	31,9%	126	32,2%	0,075
20-29 Adulta temprana	230	53,20%	185	43,7%	
30-44 Adulta intermedia	64	14,8%	80	20,5%	
Etnia					
Blanca	147	34,0%	156	39,9%	0,01
Indígena	36	8,33%	22	5,6%	
Mestiza	161	37,3%	171	43,7%	
Negra	82	19%	39	10%	
Otra	6	1,4%	3	0,8%	
Escolaridad materna					
Ninguna	6	1,4%	2	0,5%	0,488
Primaria incompleta	28	6,5%	29	7,4%	
Primaria completa	44	10,2%	39	10,0%	
Secundaria incompleta	177	41,0%	154	39,4%	
Secundaria completa	137	31,7%	140	35,8%	
Universitaria	40	9,30%	27	6,9%	
Tipo de aseguramiento					
Contributivo	46	10,6%	70	17,9%	< 0,001
Subsidiado	309	71,5%	282	72,1%	
No asegurada	77	17,8%	39	10,0%	
Estado civil					
Casada	27	6,3%	45	11,5%	0,073
Unión libre	277	64,1%	241	61,6%	
Soltera	122	28,2%	100	25,6%	
Separada	6	1,4%	4	1%	
Actividad del último mes					
Trabajo	81	18,8%	80	20,5%	0,04
Oficios del hogar	300	69,4%	229	58,6%	
Estudios	37	8,6%	56	14,3%	
Trabajo y oficios del hogar	13	3,0%	23	5,9%	
Buscó trabajo	1	0,2%	3	0,8%	
Ingresos					
≤ 1 SMLV*	362	83,8%	301	77%	0,071
Entre 1 y 2 SMLV	54	12,5%	61	15,5%	
Entre 2 y 3 SMLV	6	1,40%	14	3,60%	
Entre 3 y 4 SMLV	6	1,40%	7	1,80%	
Más de 4 SMLV	4	0,90%	8	2%	

* SMLV: Salario mínimo legal vigente en Colombia en 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Barreras de acceso al control prenatal. Cali y Manizales. 2011.

BARRERA	CASOS		CONTROLES		INTERVALO DE CONFIANZA (95%)			
	N	%	N	%	P-VALOR	ODDS RATIO	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR
Afiliación al sistema de salud previo ingreso al programa de CP								
Sí tenía afiliación	34	88	283	65,5	0,00	3,85	2,67	5,54
No tenía afiliación	149	34,5	47	12				
El servicio de salud estaba lejos del lugar de residencia								
No	427	98,8	389	99,5	0,52	2,27	0,43	11,80
Sí	5	1,2	2	2,5				
Para inscribirse al CP tuvo que realizar muchos trámites								
No	400	92,6	380	97,2	0,00	2,76	1,37	5,56
Sí	32	7,4	11	2,8				
Le gustaba la atención brindada en el servicio de salud								
No	428	99,1	389	99,5	0,76	1,81	0,33	9,97
Sí	4	0,9	2	0,5				
Falta de dinero para asistir al CP								
No	404	93,5	378	96,7	0,038	2,01	1,02	3,94
Sí	28	6,5	13	3,3				
Falta de carné de salud								
No	283	65,5	344	88,0	< 0,001	3,85	2,67	5,54
Sí	149	34,5	47	12,0				
Crear que no es importante asistir al CP								
No	423	97,9	391	100	0,004	0,52	0,48	0,55
Sí	9	2,1	0	0				
Posibilidad de dejar las ocupaciones para asistir al CP								
No	424	98,1	385	98,5	0,725	1,21	0,41	3,52
Sí	8	1,9	6	1,5				

Fuente: Elaboración propia.

Satisfacción

El grado de satisfacción de la gestante con los servicios de salud se muestra en la Tabla 4, aquí se pone de manifiesto que el trato respetuoso y amable en la portería, la recepción y el consultorio

presentaron diferencias estadísticamente significativas ($P = 0,00$). Se encontró también como variable que la orientación sencilla en el consultorio fue significativa ($P = 0,025$). Referente al aspecto físico de las instalaciones donde se realizaban los CP, el hecho de que la recepción estuviera aseada mostró diferencias significativas

entre los grupos ($P = 0,009$).

Tabla 4. Trato, orientación y aspecto físico percibido por las gestantes. Cali y Manizales. 2011.

Aspectos relacionados con la satisfacción	CASOS		CONTROLES		P- VALOR
	N	%	N	%	
Trato en la portería					
Amable	345	79,9%	305	78,0%	0,514
Respetuoso	99	22,9%	141	36,1%	0,000
Percepción del trato en la recepción					
Amable	346	80,1%	323	82,6%	0,000
Respetuoso	130	48,3%	139	32,2%	0,743
Trato en la caja					
Amable	358	82,9%	320	81,8%	0,699
Respetuoso	113	28,9%	113	26,2%	0,379
Trato en el consultorio					
Amable	347	88,7%	357	82,6%	0,013
Respetuoso	146	37,3%	162	37,5%	0,001
Orientación en la portería					
Clara	333	77,1%	309	79%	0,501
Sencilla	25	5,8%	14	3,6%	0,137
Completa	39	9%	38	9,7%	0,734
Orientación en la recepción					
Clara	363	84%	336	85,9%	0,445
Sencilla	20	4,6%	13	3,3%	0,341
Completa	25	5,8%	28	7,2%	0,478
Orientación en la caja					
Clara	354	81,9%	324	82,9%	0,729
Sencilla	23	5,3%	15	3,8%	0,310
Completa	64	14,8%	61	15,6%	0,754
Orientación en el consultorio					
Clara	368	85,2%	347	85,2%	0,131
Sencilla	23	5,3%	9	2,3%	0,025
Completa	108	25%	105	26,9%	0,544
Aspecto físico de la portería					
Aseada	392	90,7%	368	94,1%	0,069
Ordenada	97	22,5%	75	19,2%	0,249

Aspectos relacionados con la satisfacción	CASOS		CONTROLES		P- VALOR
	N	%	N	%	
Iluminada	15	3,5%	10	2,6%	0,445
Amplia	44	10,2%	36	9,2%	0,636
Ventilada	1	0,2%	5	1,3%	0,078
Aspecto físico de la recepción					
Aseada	395	91,4%	375	95,9%	0,009
Ordenada	41	9,5%	35	9%	0,790
Iluminada	19	4,4%	31	7,9%	0,034
Ventilada	10	2,3%	8	2%	0,792
Amplia	37	8,6%	25	6,4%	0,239
Silencioso	4	0,9%	11	2,8%	0,065
Aspecto físico de la caja					
Aseada	359	91,8%	388	89,8%	0,322
Ordenada	51	11,8%	46	11,8%	0,986
Iluminada	28	6,5%	24	6,1%	0,840
Amplia	63	14,6%	44	11,3%	0,156
Aspecto físico de la sala de espera					
Aseada	398	92,1%	364	93,1%	0,598
Ordenada	90	20,8%	99	25,3%	0,126
Iluminada	26	6%	23	5,9%	0,93
Ventilada	13	3%	16	4,1%	0,400
Amplia	26	6%	28	7,2%	0,50
Silencioso	19	4,4%	9	2,3%	0,098
Sin olores desagradables	38	8,8%	29	7,4%	0,47
Con sillas cómodas	33	7,6%	24	6,1%	0,397
Con sillas disponibles	48	11,1%	50	12,8%	0,458
Aspecto físico del consultorio					
Aseada	404	93,5%	375	95,9%	0,128
Ordenada	97	22,5%	107	27,4%	0,103
Iluminada	17	3,9%	25	6,4%	0,10
Ventilada	10	2,3%	20	5,1%	0,32
Amplia	26	6%	26	6,6%	0,710
Silencioso	39	9%	30	7,7%	0,48
Sin olores desagradables	38	8,8%	36	9,2%	0,84

Fuente: elaboración propia.

Estrategias de captación temprana

Se indagaron en tres instituciones de salud de Manizales y de Chinchiná, las estrategias que usan los servicios de salud para captar las gestantes en el primer trimestre de gestación.

Todos los servicios de salud encuestados contaban

en el momento de la encuesta con estrategias de búsqueda activa de pacientes con gravíndice positivo. Entre estas se incluyen: llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, búsqueda en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del servicio de urgencias, diagnósticos relacionados con el embarazo y seguimiento de mujeres que en la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS) declararon

tener atrasos menstruales superiores a los 35 días, además de indagar por la fecha de la última menstruación a todas las mujeres en edad fértil que consultan a los servicios de salud. De la misma forma, todas las instituciones afirmaron tener estrategias de búsqueda activa para gestantes que no asistieron a la primera cita de CP. En cuanto al funcionario encargado de hacer la búsqueda activa se encontró que en tres de las instituciones la búsqueda es realizada por la auxiliar de enfermería, y en una de las instituciones la indagación es realizada conjuntamente entre la auxiliar de enfermería y la promotora de salud. Al preguntar si los médicos tenían disponibles todos los exámenes en el momento del primer CP, todas las instituciones afirmaron que los resultados de laboratorio estaban disponibles al momento de la consulta, excepto la prueba de VIH, pues en dos de ellas los resultados demoran mínimo un mes, en la otra se debe esperar el primer CP para que el médico explique el consentimiento informado de la toma de la prueba.

La media de tiempo que transcurre entre la entrega del resultado de gravindex positivo y la asesoría fue de 9,3 días con una desviación estándar 6,2 días, con un máximo de 15 días. Este tiempo se prolonga por la disponibilidad de citas para la ecografía obstétrica. Entre la asesoría y el primer CP transcurren en promedio 9,33 días, con un dato mínimo de 5 días y un dato máximo de 15 días. El tiempo entre la solicitud de exámenes y la entrega de resultados no supera una semana.

DISCUSIÓN

Un hallazgo llamativo en este estudio fue la afiliación a la seguridad social, pues en ambos grupos por lo menos el 10% de las encuestadas no estaban afiliadas al SGSSS, este dato es preocupante ya que se ha descrito la incapacidad de pago como la principal razón para no consultar a los servicios en la población de más escasos recursos. Para este estudio resultó favorable el hecho de que más del 70% de las encuestadas de ambos

grupos habían estudiado hasta la secundaria, al comparar este hallazgo con el panorama nacional, para el departamento de Caldas la proporción de mujeres en edad fértil que alcanzó la secundaria completa fue de 25,2%, y en el Valle fue de 30,6% (17). Lo cual resulta muy beneficioso para las mujeres, dado que se ha descrito que aquellas que han tenido educación secundaria están dos veces más predispuestas a usar los servicios prenatales, comparado con las mujeres que no han tenido educación (18).

La tramitología fue una barrera de acceso en este estudio. Hallazgo que concuerda con lo encontrado por Carvacho y cols. (19), quienes describieron que en el régimen subsidiado de Brasil se presentaron restricciones por no contar con los documentos necesarios para acceder a las citas. Otra barrera administrativa encontrada en nuestro estudio fue el no tener carné de salud antes de inscribirse al control ($P < 0,001$). En este sentido, Aguado y cols. (20) encontraron que la probabilidad de que una madre haga uso de los servicios de atención prenatal calificada, parto institucional y asistencia posparto se reduce en un 25%, 23% y 12% respectivamente, si no tiene afiliación al sistema de seguridad social en salud. Asimismo, Eslava y cols. (21) encontraron que existen barreras de información, trámites y costo que afectan a las gestantes subsidiadas principalmente.

Las mujeres que no tenían dinero para asistir al CP, tenían un mayor riesgo de no asistir a este programa comparado con las que sí tenían dinero. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Faneite y cols. (22), quienes describieron como causas para no asistir al CP: el desempleo (27,3%) y el costo de los medicamentos (20%). Por su parte, Carvacho y cols (19) reportaron que 19,5% de las gestantes adolescentes encuestadas presentaron barreras de tipo económico. De otro lado Wilcox y Marks (23) y Brockerhoff y cols (24) afirmaron que factores como la pobreza y la distancia para llegar a las instituciones pueden limitar la accesibilidad al control, la cobertura precoz y la asistencia periódica.

En cuanto a los ingresos económicos, el 83,8% de los casos y el 76,7% de los controles afirmaron que los ingresos económicos no superan un salario mínimo mensual legal vigente (\$634.500 en 2012), lo cual es preocupante dados los requerimientos nutricionales de la embarazada y de su bebé que se dejan de satisfacer. Sin embargo, según estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el ingreso per cápita real de los hogares para el año 2009 en Colombia fue de 560.309 (25) lo cual demuestra que estos resultados son un reflejo del escenario de pobreza del país, en este contexto es absolutamente imprescindible la generación de planes gubernamentales intersectoriales y efectivos que le permitan a la población elevar sus ingresos económicos y su calidad de vida.

En este estudio se encontró que el 52,5% de las gestantes accedieron al CP después del tercer mes de gestación, lo cual significa que a pesar de las estrategias de búsqueda activa y lo estipulado en la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (26) con respecto a la necesidad de detectar el embarazo e iniciar los controles prenatales antes de la semana 12 de gestación, el CP sigue siendo tardío en más de la mitad de gestantes que acceden a este en Cali y Manizales. Estos resultados son bastante similares a los descritos por Sánchez y cols. (27), quienes encontraron que el 53,6% de los casos y el 46,5% de los controles iniciaron CP en el tercer trimestre. Estos resultados demuestran la importancia de investigaciones como esta que generen información útil para el mejoramiento de los programas de CP.

El 85,2% de ambos grupos opinaron que la orientación que recibieron en el consultorio fue clara. Al respecto, Seclen-Palacín y cols (28) describieron que la información recibida durante la consulta prenatal fue buena (64,3%) o muy buena (15,1%) y que el trato del personal se consideró bueno (51,4%) o muy bueno (5,9%).

Los resultados mostraron que el 81,8% de los casos y el 82,9% de los controles percibieron que

el trato recibido en el consultorio fue amable, aspecto sumamente relevante, pues se ha descrito que el trato recibido y el tiempo de espera para recibir la consulta actúan como determinantes de la utilización, incluso por encima del nivel de resolución clínica del profesional; sin embargo, esta situación está condicionada al nivel socioeconómico de la gestante, donde las pacientes más pobres reciben peor trato por parte de los profesionales de salud (29).

Los hallazgos están en la misma línea de los resultados encontrados por Vélez y cols (30), que describieron que las relaciones establecidas entre los profesionales y las usuarias en el programa de gestantes son en su mayoría excelentes y caracterizadas por empatía y cordialidad por parte de los profesionales de la salud. El que las usuarias del presente estudio estén satisfechas con los servicios resulta ser un aspecto importante, pues la aceptabilidad de los servicios de CP se refleja en un mayor grado de satisfacción, mayor continuidad y adherencia de la gestante para cumplir las visitas programadas y las indicaciones del profesional de atención prenatal, además de una mayor probabilidad de parto en un centro de la red sanitaria, con reducción del riesgo de complicaciones y muertes neonatal y materna (31).

Ramírez y cols (32) encontraron que los ingresos bajos favorecen el inicio tardío del CP a diferencia de la presente investigación en el que estas variables no fueron significativas, probablemente porque por lo menos el 75% de la población de casos y controles tuvieron ingresos familiares inferiores a un salario mínimo, lo cual homogeniza los ingresos económicos de la población estudiada y no permite hacer una comparación entre mujeres de bajos y altos ingresos.

Algunos de los factores que se han descrito con frecuencia en la literatura en relación al uso inadecuado del CP son la edad (33), la escolaridad (34) y la distancia al hogar. En esta investigación no se presentaron diferencias significativas entre

el acceso de adolescentes, ni en su escolaridad, ni en la distancia que tenían que recorrer desde su hogar al centro de salud, probablemente porque más del 70% de las encuestadas tenían entre 15 y 29 años, y vivían cerca a los servicios de salud.

Los hallazgos mostraron altos niveles de satisfacción de las mujeres con el aspecto físico de los servicios de salud, el trato y la orientación recibida, a diferencia de Seclen-Palacín y cols. (28) quienes citaron que los principales motivos de insatisfacción con el CP fueron el tiempo de espera prolongado y el trato inadecuado. Faneite y cols. (22) describieron que las mujeres refirieron un ambiente inadecuado de la consulta (39,2%). Las diferencias en los hallazgos probablemente se deban a que el diseño de nuestro estudio fue de casos y controles y el estudio realizado por Faneite y cols. (22) fue un estudio descriptivo. En el estudio de Seclen-Palacín y cols. (28) se empleó una entrevista semiestructurada en la cual las gestantes podían expresar ampliamente sus percepciones acerca de la atención y sus motivos de insatisfacción, a diferencia del instrumento empleado en nuestro estudio (entrevista cerrada).

Las fortalezas de esta investigación fueron el tamaño de muestra (823), el diseño metodológico, el haberse apoyado en el marco de teórico de Aday y Andersen (15) y la diversidad de categorías por las que indagó el instrumento, lo cual permite tener una mejor aproximación a la realidad de las gestantes que asisten al CP. Sin embargo, se tuvieron dificultades como la alta proporción de mujeres diagnosticadas con alto riesgo obstétrico, dificultando la obtención del tamaño de muestra requerido y el retraso para obtener los permisos de recolección de información en instituciones de carácter privado. Debido a lo anterior, solo el 10,7% de los casos y el 17,9% de los controles pertenecían al régimen contributivo, limitando la posibilidad de hacer comparaciones entre ambos regímenes. Es recomendable hacer nuevos estudios de acceso al CP, en los que se incluyan mujeres de ambos regímenes en similares proporciones.

Finalmente, la encuesta de satisfacción se realizó en el momento de salida de la consulta prenatal, lo cual podría generar una mayor valoración de la satisfacción debido al compromiso de la usuaria por no expresar su falta de satisfacción (“sesgo de cortesía”), situación descrita en la literatura (35).

CONCLUSIONES

Los hallazgos mostraron que en las instituciones objeto de estudio habían pocos medios de divulgación que incentiven el inicio temprano del CP, por lo que se recomienda a las instituciones realizar intervenciones conjuntas entre las IPS, EPS y entes municipales que fomenten el acceso temprano al CP, tales como divulgación de la importancia del CP a través de medios de comunicación masivos, la atención cercana al domicilio, la búsqueda activa de gestantes mediante las promotoras de salud. Según la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo de la Resolución 00412 de 2000, los horarios de atención a las gestantes deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres a los controles prenatales. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que los servicios de salud dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan CP en las mismas. Se recomienda que los prestadores de salud consideren tener horarios más flexibles y de esta forma reducir el tiempo de espera de las pacientes.

Aspectos de disminución del gasto de bolsillo, las incomodidades derivadas de la atención y de las instalaciones, esfuerzos por conseguir el buen trato, respeto, empatía, deben ser parte de los planes de mejoramiento de la calidad de la atención del CP, así como la implementación de procesos de seguimiento de la calidad de la atención y el desarrollo de estrategias administrativas que permitan mejorar la satisfacción de las usuarias y disminuir las barreras de acceso.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores Hernán Parra y María Victoria Benjumea por su constante apoyo y asesoría.
A las instituciones de salud por su aval para la

recolección de información en sus instalaciones, a las gestantes y sus familias que participaron del estudio, y al personal administrativo y operativo de la División Salud de FES en su oficina de Cali y en la Universidad de Caldas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McDuffie R, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. *JAMA*. 1996; 275:847-51.
2. Ural S, Cox C, Blakemore K, Pressman E, Bienstock J. Lack of prenatal care increases the rate of recurrent preterm delivery and health care costs when compared to university hospital-based prenatal care. *Primary Care Update for OB/GYNs*. 1998; 5(4):177-178.
3. Mrisho M, Obrist B, Schellenberg J, Haws R, Mushi A, Mshinda H, Tanner M, Schellenberg D. The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009, 9:10.
4. Chakraborty N, Islam M, Chowdhury R, Bari W. Utilisation of postnatal care in Bangladesh: from a longitudinal study. *Health & Social Care in the Community*. 2002; 10(6):492-502.
5. WHO, UNICEF. *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities: An Analysis of Trends, Levels, and Differentials: 1990-2001*. Geneva and New York: WHO & UNICEF; 2003.
6. Villar J, et al. For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *The Lancet*. 2001; 357:1551-1564.
7. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Desarrollo Social. Estado de avance en el cumplimiento de los ODM – Conpes Social 91. 2005.
8. Profamilia. *Salud Materno Infantil. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Resultados*. Bogotá: Profamilia; 2010. p. 4-5.
9. R.E Rowe, J Garcia, L.L Davidson. Social and ethnic inequalities in the offer and uptake of prenatal screening and diagnosis in the UK. *Public Health - April 2004*. Vol. 118, Issue 3, Pages 177-189.
10. Carter M. Husbands and maternal health matters in rural Guatemala: wives' reports on their spouses' involvement in pregnancy and birth. *Social Science & Medicine*. 2002; 55(3):437-50.
11. Simkhada B, van Teijlingen E, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilisation of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 61(3):244-60.
12. Matsumura M, Gubhaju B. Women's status, household structure and the utilisation of maternal health services in Nepal. *Asia-Pacific Population Journal*. 2001; 16(1):23-44.
13. Nielsen B, Hedegaard M, Liljestrand J, Thilsted S, Joseph A. Characteristics of antenatal care attenders in a rural population in Tamil Nadu, South India: A community-based cross-sectional study. *Health & Social Care in the Community*. 2001; 9(6):327-333.
14. Overbosch G, Nsawah-Nuamah N, Van den Boom G, Damnyag L. Determinants of antenatal care use in Ghana. *Journal of African Economies*. 2004; 13(2):277-301.
15. Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. In: White K, editor. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 604-13.
16. Arias I, Palomino A, Osorio S. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. *Revista Colombiana de Obstetric*
17. Profamilia. Características generales y situación de las mujeres en edad fértil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: Profamilia; 2010 [citado 19 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-4.pdf>
18. Pierre A, Gilbert Saint-Jean G, Crandall L, Fevrin E. Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 18(2):84-92.

19. Carvacho I, Brito de Mello M, Morais S, Pinto J. Factores asociados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5):886-94.
20. Aguado L, Girón L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* [Internet]. 2007 [citado Oct 2013]; 5(1):3-9. Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/294/161>
21. Eslava J, Hernández A, Ruiz F. Acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisbén de catorce localidades de Santa Fe de Bogotá. 2000. Convenio Universidad Javeriana - Secretaría Distrital de Salud. Bogotá.
22. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: Motivos de Inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstetricia y Ginecología Venez*. 2009; 69(3):147-151.
23. Wilcox L, Marks J, eds. CDC's Public Health Surveillance for women, infant and children. From data to action. US Department of Health & Human Services. Public Health Service. Center for Disease Control and Prevention, 1994: 105-1
24. Brockerhoff P, Seufert R, Casper F. Quality of pregnancy screening in high risk pregnancies. What can be improved? Abstract 14 European Congress of Prenatal Medicine. Helsinki, Finland, 1994.
25. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Departamento Nacional de Planeación. MESEP / Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad, resultados cifras de pobreza, indigencia y desigualdad 2009. Bogotá, 2010.
26. Colombia. Ministerio de Salud. Dirección general de promoción y prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo; 2000.
27. Sánchez R, Pérez G, Pérez P, Vázquez F. Impacto del Control prenatal y su impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005; 43(5):377-380
28. Seclen-Palacín J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*. 2004; 16(3).
29. Bronfman-Pertsovsky M, López S, Rodríguez C, More A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública México*. 2003; 45:445-54.
30. Vélez C, Gómez D, González M. Errores o equivocaciones por acción u omisión en acciones de promoción y prevención dirigidas a gestantes en Manizales, 2007. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2008; 13:61-76.
31. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001; 15(Suppl1):1-42.
32. Ramírez M, Richardson V, Ávila H, Caraveo V, Salomón R. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2000 [citado 19 Abr 2014]; 7(2):97-100. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1244.pdf>
33. Almeida SD de M, Barros MB de A. Equidade e atenção a saúde da gestantes em Campinas (SP) Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005; 17(1):15-25.
34. Coimbra L, Silva A, Gochel E, Alves M, Ribeiro V et al. Factores asociados á inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(4):456-62.
35. Ovetveit J. *Evaluating Health Intervention*. Open University Press. Buckingham, Philadelphia: Blackwell Scientific; 1998.