

# Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia

## Barriers to antenatal women with severe maternal morbidity in Antioquia, Colombia

Luis M. Hoyos-Vertel y Lucy Muñoz De Rodríguez

Recibido 2 enero 2018 / Enviado para modificación 15 septiembre 2018 / Aceptado 12 diciembre 2018

### RESUMEN

**Objetivo** El presente estudio busca describir las barreras de acceso a controles prenatales en mujeres que tuvieron morbilidad materna extrema, atendidas en un Hospital de la ciudad de Medellín-Colombia 2017.

**Método** Cualitativo; etnográfico; utilizando la etnoenfermería propuesto por Leininger y la entrevista etnográfica de Spradley.

**Resultados** Se encontró un tema relacionado con la apreciación de la atención en salud que tiene la mujer con morbilidad materna extrema, la cual considera que el sistema de salud no le garantiza un acceso en salud para ella y para su hijo por nacer.

**Conclusiones** Se concluye que el sistema sanitario al que tienen derecho las mujeres del estudio, no es asequible lo que condiciona la inasistencia a los programas de atención prenatal.

**Palabras Clave:** Accesibilidad a los servicios de salud; enfermería en salud pública; investigación metodológica en enfermería; enfermería transcultural; salud materna; servicios de salud materna (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** This study seeks to describe the barriers to access to antenatal care in women with severe maternal morbidity, treated at a hospital in the city of Medellin, Colombia in 2017.

**Methods** Qualitative, ethnographic study using the ethnonursing approach proposed by Leininger, and Spradley's ethnographic interview.

**Results** Women with severe maternal morbidity consider that the health system does not guarantee access to health for them and their unborn children.

**Conclusions** It is concluded that the health system, to which the women included in the study are entitled, is not available, which conditions non-attendance to prenatal care programs.

**Key Words:** Health services accessibility; public health nursing; nursing methodology research; transcultural nursing; maternal health; maternal health services (*source: MeSH, NLM*).

LH: Enf. M. Sc. Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Enfermero Jefe. Servicio de Urgencias, Clínica Soma. Medellín, Colombia.

*lmhoyos@unal.edu.co*

LM: Enf. Esp. Enfermería Obstétrica. M. Sc. Enfermería. Profesora Emérita, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. *lmunozdr@unal.edu.co*

La morbilidad materna extrema (MME), según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (1) es una complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio. W. Stones (2) en 1991 empleó el término "near miss" para definir las complicaciones que amenazan potencialmente la vida de la mujer gestante. Este evento tiene una mayor incidencia que el de mortalidad materna,

presentándose en una proporción de 1 de 10, teniendo en cuenta que el concepto de morbilidad materna extrema es versátil y la fácil identificación de los casos y la posibilidad de entrevistar a las sobrevivientes (3), refuerzan el valor de dicho fenómeno de investigación. La mortalidad materna a nivel mundial, mostró en 2015 que países de regiones desarrolladas tenían la razón de mortalidad materna RMM más baja de 11 a 14 x 100 000 nacidos vivos (nv.); mientras que países de África Central y Occidental reportan razones de mortalidad materna altas 567 a 717 x 100 000 (nv), (4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial han considerado la mortalidad materna como la máxima expresión de injusticia social (5). Según OMS en 1990 se presentaron 585 000 muertes maternas. En 2013, se notificaron 389 000 fallecidas (6), para 2015 la cifra descendió a 303 000 muertes maternas (4). En las Américas, el contraste es evidente al comparar la Razón de mortalidad materna de países de América del Norte, que presentan cifras inferiores a 12 muertes x 100 000 nacidos vivos (nv), con la de Latinoamérica y el Caribe, que en ese mismo año registró, respectivamente, 67 decesos x 100 000 (nv) (4). De acuerdo a la razón de mortalidad materna (RMM), la media nacional preliminar a semana epidemiológica 52 de 2016, según el Instituto Nacional de Salud, es de 49 por cada 100 000 nacidos vivos, seis departamentos y un municipio presentan RMM por encima de 100 muertes por cada 100 000 nacidos vivos; Vaupés con 481.9, Guainía con 332.8, Vichada con 283, La Guajira con 218.1, Choco con 162.6, Nariño con 125.6 y Buenaventura con 108.5 casos por cada 100 000 nacidos vivos. (7) Según el Instituto Nacional de Salud (INS) (2014), los factores determinantes en salud, que influyen en una mujer para desarrollar morbilidad materna extrema pueden estar relacionados con el contexto social, cultural, así como el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar (8). Existen estudios que confirman que asistir al programa prenatal, es un factor protector para la detección de la morbilidad materna extrema y de esta forma se disminuye la mortalidad materna; Cáceres 2009, (9), concluyó que el control prenatal es la estrategia recomendada para detectar riesgos. Lasso en 2012, (10) recomendó intervenir en los determinantes sociales de salud de la mujer, Munares en 2013 (11), concluyó que tener permisos en el trabajo reduce la inasistencia al control prenatal, y Rodríguez y cols. (12), encontraron que la dificultad para el pago de transporte es la principal causa de abandono al control prenatal. Choudhury y Ahmed (13), encontraron que las mujeres de Bangladesh tienen limitaciones financieras lo cual impide buscar ayuda profesional. El control prenatal es sin lugar a dudas el proceso pertinente para detección temprana de alteraciones en el embarazo, y del hijo por nacer, puesto que

es un momento de mayor vulnerabilidad de la mujer. En el departamento de Antioquia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (2015), se reportó asistencia al control prenatal del 94.1%, y de este el 88.4% de los controles fueron atendidos por Médicos, el 5.4% enfermeras (os) profesionales, 0.6% parteras, 0.3% auxiliares de enfermería y el 5.4% no asistió a control prenatal (14). Para Medellín, la encuesta reportó asistencia al control prenatal del 99.8% de los cuales el 97.3% los realizó el médico, y el 2.5% lo realizó la enfermera(o) profesional, y el 0.2% no recibió controles prenatales. Al realizar la comparación con Antioquia y Medellín, se observó que hay una mayor asistencia al control prenatal, en su capital que en los demás municipios (14). Esta inasistencia al control prenatal, en el caso de Antioquia del 5.4%, y el índice negativo de 0.2% de inasistencia en la ciudad de Medellín (14), impidió detectar tempranamente la morbilidad materna extrema en gestantes que no asisten al control prenatal y hace suponer que estas mujeres tienen sus propios modos de cuidarse desde su propia cultura ya que existen barreras de acceso a los servicios de salud materna.

## MÉTODO

El tipo de diseño que se utilizó en esta investigación es cualitativo etnográfico desde la etnoenfermería como método naturalístico y abierto de investigación que permitió estudiar y explicar fenómenos relacionados con la teoría del cuidado cultural de Leininger (15). Las participantes fueron 17 gestantes o púerperas con causas principales de morbilidad materna extrema atendidas en un Hospital público de Medellín-Colombia. El tiempo para la recolección de la información fue de siete meses promedio, lo cual dependió de la saturación de la información dada por el análisis a profundidad de las entrevistas y las observaciones. Las gestantes o púerperas fueron captadas en la Unidad Funcional de Hospitalización previa autorización de la gestante con firma del consentimiento informado. El investigador asumió un rol de aprendiz, para aprender de las gestantes o púerperas, a través de la escucha y la observación. La investigación se realizó bajo los principios de: beneficencia, justicia, autonomía, veracidad y fidelidad, principios importantes en la práctica de enfermería (16). Este estudio no realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes. Antes de iniciar la recolección de la información se hizo la inmersión al campo para conocer el escenario cultural, que en el caso de esta investigación es el servicio de hospitalización de la Institución donde se recolectó la información. La inmersión al campo permitió conocer la dinámica del servicio y las relaciones de las participantes

con sus semejantes y su entorno. Para la recolección de la información se utilizó la observación directa de las participantes (17) y también a través de una serie de entrevistas, explicaciones repetidas, también se usó las notas de campo, con las cuales se registraron reflexiones y comentarios propios del investigador. El análisis de la entrevista etnográfica se hizo mediante una lectura juiciosa y analítica tratando de entender la información que las participantes compartieron con el investigador para identificar los dominios, posteriormente se realizó un análisis taxonómico. La investigación se evaluó mediante los criterios de calidad científica como son credibilidad y confirmabilidad, de acuerdo a Guba y Lincoln (18). La credibilidad se logró realizando, observaciones y conversaciones prolongadas con las gestantes con causas principales de morbilidad materna extrema, la confirmabilidad de este estudio se aplicó con la directora de tesis quien realizó el acompañamiento y seguimiento paso a paso del desarrollo de toda la investigación; a través de revisiones de las entrevistas, notas de campo, análisis de la investigación, sugerencias y envío de material bibliográfico. Para garantizar la validez y confiabilidad, además de la credibilidad y la confirmabilidad, se invirtió el tiempo suficiente para realizar la captación de las participantes y para desplazarse y realizar las entrevistas en el lugar donde se encuentren las gestantes o puerperas, hasta obtener saturación en la información.

## RESULTADOS

Fueron 17 gestantes o puerperas con causas principales de morbilidad materna extrema, inasistentes a control prenatal, atendidas en un Hospital público de Medellín- Colombia.

La edad promedio fue de 22 años, el 55% procedían de municipios de Antioquia, 45% de municipios que conforman el área metropolitana del Valle de Aburrá (área metropolitana de la Ciudad de Medellín-Colombia). El 58% residían en cabeceras municipales, 22% en rural disperso y el 20% en centros poblados, la ocupación de las mujeres, 47% eran amas de casa, 23% estudiantes, 11% oficios varios, 9% operarias de confección, auxiliar de enfermería y vendedoras de pollo 5% respectivamente. El tipo de régimen en salud, fue subsidiado para 100% de las mujeres, nivel de escolaridad, el 48% tenía bachillerato completo, 17% bachillerato incompleto, 29% primaria completa y el 6% tenía técnica.

### Tema: Apreciación de la atención en salud

La atención en salud juega un papel importante en la atención en salud de la mujer con morbilidad materna extrema considerándose como un determinante de salud que favo-

rece las condiciones de vida de la gestante y de su hijo por nacer, identificando y describiendo aspectos negativos del sistema sanitario, como el difícil acceso a los servicios de salud materna, la falta de experticia de los profesionales, y la falla en la gestión en salud de las aseguradoras (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Dominios generales identificados en el análisis etnográfico y su relación semántica

Dominios generales	Relación semántica
Difícil la atención	Es una característica de apreciación de la atención en salud
La aseguradora no autorizaba la atención	

### Dominio 1 taxonomía 1 difícil la atención

Para la mujer con morbilidad materna extrema la atención se torna difícil cuando no hay un acceso adecuado a los servicios de salud materna, cuando los profesionales no tiene experiencia relacionado con el cuidado materno, cuando no hay disponibilidad de un profesional especializado que pueda atenderlas (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Identificación de términos incluidos y su relación semántica

Términos incluidos	Relación semántica
Inexperiencia	Es una consecuencia de la difícil la atención
No disponibilidad de ginecólogo	
Muy lejos el centro de salud	
No hay ayudas diagnósticas	

### Inexperiencia

La inexperiencia en la atención materna es identificada por la mujer con morbilidad materna extrema cuando los profesionales de salud (médicos o enfermeros profesionales) son del servicio social obligatorio, cuando son personas en calidad de estudiantes, cuando no muestran empatía con la gestante en el momento de la atención. Para ella es importante que los profesionales tengan una buena disposición para atenderlas «son practicantes, no saben nada» P9E2; «no saben atender a las personas» P6E1.

### No disponibilidad de ginecólogo

Las mujeres con morbilidad materna extrema se quejan de la atención en salud, porque no tienen acceso a un profesional de la salud especializado en ginecología y obstetricia, para ellas sentirse tranquilas y que su condición de salud sea la adecuada debe tener la opinión de este, con el fin de asegurarles un hijo por nacer saludable «no hay ginecólogo en el pueblo» P17E1; «me sentiré más segura conmigo y él bebe con el ginecólogo» P15E1.

### Muy lejos el centro de salud

El difícil acceso a los servicios en salud materna, es una razón para que la mujer con morbilidad materna extrema

califique este servicio, muchas de ellas expresan que vivir en municipios y veredas alejadas donde no hay instituciones o redes de apoyo que las reorienten a la utilización de los servicios de salud, es una razón de inasistencia a estos servicios «no hay centro de salud en la vereda» P3E2; «el hospital es lejos» P7E2, «el hospital está a tres horas de camino» P6E1; «no hay parteras o enfermeras en la zona» P16E1.

### No hay ayudas diagnósticas

Las mujeres con morbilidad materna extrema cuando consultan a los centros de salud e instituciones de salud, evidencian que no tienen ayudas diagnósticas como son laboratorios, y demás, ellas mismas dicen que cuando se realizan el chequeo las enfermeras le manifiestan que no tienen los reactivos para la realización de pruebas de laboratorio «la enfermera me dijo que no había material para la muestra de orina» P4E1 «el centro de salud no tiene mayores cosas para atender» P8E2.

### Dominio 1 taxonomía 2 la aseguradora no autorizaba la atención

Las mujeres con morbilidad materna no accedían a controles prenatales porque su aseguradora no tenía cobertura en la zona donde residían, o simplemente no les autorizaban la atención en esa localidad, otras razones eran el no estar en bases de datos de (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales) SISBEN o del (Registro Único de Afiliados a la Protección Social) (RUAF), así como también la negación en los centros de salud del municipio de residencia por razones de convenio con aseguradoras (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Identificación de términos incluidos y su relación semántica

Términos incluidos	Relación semántica
Vivir en un departamento y/o estado diferente	Es una razón para que la aseguradora no autorice la atención
No aparecer en base de datosEl hospital no tenía convenio	

### Vivir en un departamento y/o estado diferente

Al no ser del municipio de residencia o del departamento de nacimiento a las mujeres con morbilidad materna extrema se les negaba la atención en salud materna, ellas manifestaban que al ser de una aseguradora de otro departamento y/o estado no les cubría la atención en la dicha localidad «yo soy de la guajira y mi EPS es de allá y acá nadie me atiende» P12E1

### No aparecer en base de datos

Las mujeres con morbilidad materna extrema expresan que, al momento de acceder a los servicios de salud, no

eran atendidas porque no estaban registradas en la base de datos del SGSSS (sistema general de seguridad social en salud) de las aseguradoras como beneficiarias del régimen contributivo o como beneficiaria del régimen subsidiado «mi esposo me tenía afiliada pero no aparecía como beneficiaria y no me aceptaron en el control» P7E1.

### El hospital no tenía convenio

Las mujeres con morbilidad materna extrema se acercaban a los centros de atención en salud locales, como hospitales y centros de salud, pero los servicios de atención materna eran negados porque su EPS no tenía cobertura en el municipio o porque no tenían convenio con el hospital, por lo cual no asistían a los controles «fui al hospital, pero como no tenía convenio me devolvieron» P12E1.

## DISCUSIÓN

La mujer con morbilidad materna extrema considera que el sistema de salud no le garantiza un adecuado bienestar en salud para ella y para su hijo por nacer, teniendo en cuenta que el sistema sanitario es un determinante de salud para brindar atención a una población. También cabe resaltar que las aseguradoras no gestionan ni garantizan la atención y los cuidados que estas requieren, puesto que muchos servicios de salud no son oportunos, son de baja calidad y seguridad puesto que existen barreras de acceso a los servicios de salud materna e infantil.

De acuerdo con lo anterior el sistema sanitario y salud juega un papel importante para que la gestante tenga un acceso de salud adecuado en términos de cantidad y calidad, por lo cual se deben proporcionar los medios necesarios para mejorar el acceso en salud y que las mujeres con morbilidad materna extrema puedan ejercer un mayor control sobre la misma, considerándose la salud no como un objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Algunas investigaciones muestran resultados similares; Cáceres, 2009, (9) concluyó que el control prenatal es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos, Lasso en 2012, (10) recomendó intervenir en los determinantes de salud, para que la mujer tenga adherencia al control prenatal, Munares en 2013, (11) concluyó que tener permisos en el trabajo reduce la probabilidad de abandono al control prenatal, y Rodríguez y cols. (12), encontraron que la dificultad para el pago de transporte es la principal barrera de acceso, al control prenatal. Noguera y Clavijo (19) concluyeron que la falta de información clara, la ausencia de una atención individualizada, profesionales de la salud desinteresados, con falencias en conocimientos y en trato humanizado, generaron en las pacientes sentimientos de malgenio e inconformidad. Rodríguez y

cols. (12) encontraron que la ausencia de recursos constituyó en la principal barrera de acceso al control prenatal.

*Conflicto de intereses:* Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Reyes, I. Villar, A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*. 2012; 58(4):273-284.
2. Stones, W. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health trends*. 1990; 23(1):13-15.
3. Águila, S. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 2012; 38(2):281-289.
4. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Evolucion de la Mortalidad Materna: 1990-2015. Estimates Develope*; 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*; 2000.
6. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Trens in Maternal Mortality: 1990 to 2010 - 2012*. 2012
7. Ministerio De Salud y Protección Social, Instituto Nacional De Salud. *Boletín epidemiológico Nacional. Semana Epidemiológica 52*, 2016.
8. Ministerio De Salud y Protección Social, Instituto Nacional De Salud. *Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Publica. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna*; 2014.
9. Cáceres, F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*. 2009; 60(2):165-170.
10. Lasso, P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento psicológico*. 2012; 10(2): 123-133.
11. Munares, G. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2013; (1):1-8.
12. Rodríguez, F. Jiménez, W. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales\*. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13(27): 1-9.
13. Choudhury, N. Ahmed, S. Maternal care practices among the ultra poor households in rural Bangladesh: a qualitative exploratory study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2011; 11(1): 15.
14. Ministerio De Salud y Protección Social, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia*, 2015.
15. Leininger, M. *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. 1978; 100.
16. Tejera, G., Pérez, C. *Enfermería familiar y social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2004; 528.
17. Sandoval, C. *Investigación cualitativa*. ICFES. 1997.
18. Lincoln, Y. Guba, E. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills. 1985.
19. Noguera, O. Clavijo, V. *Percepción del control prenatal de un grupo de púerperas preclámpicas hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia de una Institución de cuarto nivel de atención en Bogotá*. Repositorio institucional - Disertación académica 2014; Pontificia Universidad Javeriana – Facultad de Enfermería.