

Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal.

Pregnant women's perception of barriers to accessing prenatal care

<https://doi.org/10.37135/ee.04.19.05>

Autores:

María Vicenta Cano Montesdeoca^{1,2} - <https://orcid.org/0009-0007-0636-1519>

Dadier Marrero González³ - <https://orcid.org/0000-0003-2000-1679>

Afiliación:

¹Programa de Maestría con Trayectoria Profesional en Salud Pública, Facultad de Posgrado, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

²Centro Materno Infantil y Emergencias IESS de Bahía de Caráquez, Manabí, Ecuador.

³Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

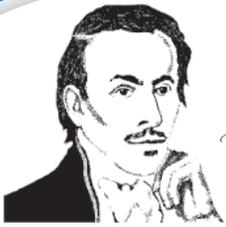
Autor de correspondencia: Dadier Marrero González. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Manabí. Dirección postal: Av. José Miguel Urbina y Che Guevara S/N, Portoviejo, Ecuador. Teléfono: +593 999231772, Email: dadier.marreo@utm.edu.ec.

Recibido: 27 de septiembre de 2023

Aceptado: 20 de noviembre de 2023

RESUMEN

Se evaluó la percepción sobre las barreras para el acceso al control prenatal (ACP) de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón de Tosagua, Manabí, Ecuador, durante marzo-agosto 2023. Se realizó una investigación observacional, descriptiva de corte transversal. La mayoría de las embarazadas era de procedencia rural (77,78 %), tenía un nivel de escolaridad secundaria (37,91 %) y trabajaba (47,71 %). El 83,01 % de las embarazadas inició el control prenatal en el primer trimestre; el 56,86 % tuvo entre 4 y 6 controles prenatales y un período intergenésico de 1 a 2 años (47,71 %). La accesibilidad fue considerada lejos y difícil (68,83 %) y la calidad de las instalaciones fue buena (43,14 %). El horario de atención se percibió como conveniente y el tiempo de espera fue de entre 15 y 30 minutos (60,78 %). El 71,9 % tuvo dificultades para el acceso al ginecólogo. Las principales barreras individuales/psicosociales fueron embarazo no planificado, no deseado, con síntomas de depresión y desmotivación y dificultad para asistir a las consultas por el cuidado de los demás hijos. Las dificultades económicas (90,2 %), dificultades para el traslado a la institución (93,46 %) y dificultad por quehaceres domésticos (87,58 %), fueron las barreras socioeconómicas que más afectaron el ACP. También incidieron en el ACP, el difícil acceso a las citas para la consulta (98,69 %), tiempo de espera prolongado para su atención (97,38 %) y poco tiempo de duración de la consulta (96,08 %).



Palabras clave: embarazo, atención prenatal, barreras de acceso a servicios de salud.

ABSTRACT

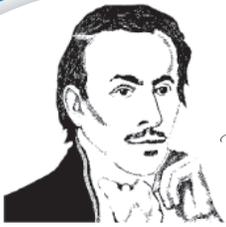
The perception of barriers to access to prenatal care (APC) of pregnant women treated at the Dr. Arnaldo Calderón Type C Health Center in Tosagua, Manabí, Ecuador, from March to August 2023, was evaluated. An observational, descriptive, cross-sectional research was carried out. The majority of pregnant women were from rural origins (77.78%), had a secondary education level (37.91%), and worked (47.71%). 83.01% of pregnant women began prenatal care in the first trimester; 56.86% had between 4 and 6 prenatal care visits and an intergenic period from 1 to 2 years (47.71%). Accessibility was considered far and difficult (68.83%), and the quality of the facilities was good (43.14%). The opening hours were perceived as convenient, and the waiting time was between 15 and 30 minutes (60.78%). The 71.9% had difficulties accessing the gynecologist. The primary individual/psychosocial barriers were unplanned, unwanted pregnancy, with symptoms of depression, lack of motivation, and difficulty attending appointments to care for the other children. Economic difficulties (90.2%), difficulties transferring to the institution (93.46%), and difficulties due to household chores (87.58%) were the socioeconomic barriers that most affected the APC. Difficult access to consultation appointments (98.69%), prolonged waiting time for care (97.38%), and short duration of the consultation (96.08%) also had an impact on the APC.

Keywords: pregnancy, prenatal care, barriers to access of health services.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es un servicio de atención médica preventiva ampliamente utilizada, con el objetivo de mejorar los resultados de salud de las embarazadas y sus bebés. A pesar del énfasis puesto en el valor de esta atención,^(1,2) las disparidades en la utilización del cuidado prenatal persisten incluso en países con acceso universal a la vigilancia médica. Se han explorado las razones que subyacen a la observación prenatal inadecuada, utilizando la noción de barreras como percepciones de los aspectos potencialmente negativos o costos asociados con un comportamiento particular.⁽³⁾

Las barreras personales significativas para la atención prenatal incluyen sentimientos negativos sobre el embarazo o considerar el aborto;^(4,5) sentirse generalmente deprimido, enfermo, cansado o abrumado por problemas personales⁽⁶⁾ y falta de motivación para aprender a proteger la propia salud o tener actitudes negativas hacia el cuidado prenatal.⁽⁶⁾ Las mujeres comúnmente identifican la falta de transporte para llegar a las citas clínicas, los problemas con el cuidado de los niños y un largo tiempo de espera en las citas como barreras situacionales para la atención.⁽⁷⁾ Otras barreras incluyen las actitudes negativas de los proveedores y el personal de atención médica, la no inclusión de las parejas masculinas en la experiencia prenatal y el miedo personal a los exámenes o procedimientos médicos.⁽⁸⁾ Haberse mudado recientemente o no tener un proveedor de atención médica regular antes del embarazo son barreras adicionales.⁽⁹⁾



Durante la gestación suceden procesos fisiológicos y psicológicos que modifican la vida cotidiana de las embarazadas. La salud materna es una preocupación de las autoridades internacionales y nacionales. Se plantea que, en el 2020, aproximadamente 292 000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y el parto en todo el mundo, y el 95 % de todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos.⁽¹⁰⁾

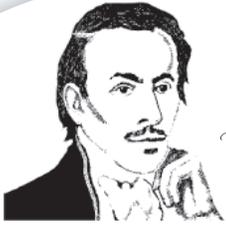
El control prenatal debe iniciar desde el primer mes de embarazo con frecuencia mensual hasta el octavo mes, luego cada 15 días hasta el parto. Los estudios sobre este programa han demostrado que se pueden identificar tempranamente los riesgos y prevenir complicaciones de la mortalidad materna – neonatal, como la preeclamsia, infecciones, riesgos de parto prematuro, hemorragia durante el parto y diabetes gestacional⁽¹¹⁾.

El cuidado de la salud debe ser continuo desde la infancia hasta la adultez y el cuidado prenatal es uno de los eslabones de la cadena.^(12,13) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la atención prenatal incluye enfoques integrados de la atención médica, psicológica y apoyo social, y las condiciones óptimas comienzan antes del embarazo y continúa después del nacimiento. En este programa integral se incluye la detección temprana de embarazo, la primera visita de control prenatal y visitas de seguimiento después del parto.⁽¹⁴⁾ El propósito de la atención prenatal durante el embarazo y después del parto, el parto sano sin perjuicio para la salud de la madre.⁽¹⁵⁾

En resumen, el acceso a la atención prenatal se define como la capacidad potencial de una mujer para ingresar a los servicios de atención prenatal y cuidar de sí misma y del feto durante el período perinatal.⁽¹⁶⁾

Se han demostrado los beneficios de la atención prenatal en la mejora de la salud de las madres y los bebés, los componentes exactos de la atención prenatal y qué hacer en qué momento han sido temas de debate.⁽¹⁷⁾ Inicialmente, se empleó el enfoque de alto riesgo, en el cual se clasificaban a las embarazadas como de bajo y alto riesgo según criterios predeterminados, lo que implicaba muchas visitas.⁽¹⁸⁾ Este enfoque fue difícil de implementar de manera efectiva, ya que muchas embarazadas tenían al menos un factor de riesgo y no todas desarrollaron complicaciones. Al mismo tiempo, algunas mujeres de bajo riesgo desarrollaron complicaciones, especialmente durante el parto.⁽¹⁷⁾

El control prenatal en Ecuador constituye una política pública prioritaria encaminada a disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil; además de garantizar el bienestar de la madre y el menor. Sin embargo, algunas gestantes no acuden a los controles prenatales, y aunque se ha planteado entre las causas la falta de conciencia por parte de las gestantes; es necesario conocer las barreras que perciben las embarazadas para el acceso a los servicios disponibles para ellas durante el control prenatal. En este contexto, el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la percepción sobre las barreras para el acceso al control prenatal (ACP) de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón de Tosagua, Manabí, Ecuador, durante el periodo marzo-agosto 2023.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva de corte transversal en el Centro de Salud Tipo C “Dr. Arnaldo Calderón, Tosagua, Manabí, Ecuador”. La población de estudio estuvo conformada por las embarazadas atendidas en dicho centro médico durante el periodo marzo-agosto 2023. La muestra, no probabilística, incluyó a 153 embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Como criterios de inclusión se consideraron a todas las embarazadas mayores de 18 años de edad que accedieron a participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado y que se encontraran en el tercer trimestre de gestación; mientras que se excluyeron a las gestantes menores de 18 años de edad y las que se negaron a participar en la investigación.

La información se recopiló mediante un cuestionario (Figura 1) que se validó previamente. En primer lugar, los ítems del cuestionario fueron revisados para analizar la validez del contenido, los ítems del cuestionario fueron revisados por expertos en la temática, quienes confirmaron su relevancia y adecuación para medir el constructo en cuestión. Para esta validación por expertos se utilizó el método de agregados individuales para minimizar los sesgos debido al contacto entre los expertos.

CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE EMBARAZADAS SOBRE LAS BARRERAS PARA EL ACCESO AL CONTROL PRENATAL, CANTÓN TOSAGUA, MANABÍ
El Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón (Tosagua, Manabí), está realizando una investigación con el objetivo de evaluar la percepción de las embarazadas atendidas en este centro, sobre las barreras para el acceso al control prenatal.

Gracias de antemano por sus respuestas. Su opinión será utilizada para asegurar que continuemos mejorando nuestros servicios de atención a las embarazadas.

Indique la(s) respuesta(s) de acuerdo a su situación actual.

DATOS SOCIODEMGRÁFICOS

1. Edad: _____

2. Procedencia: _____ Rural _____ Urbana

3. Nivel de escolaridad: _____ Primaria _____ Secundaria
_____ Técnico superior _____ Universitario

4. Situación laboral de la gestante: _____ Ama de casa _____ Estudiante
_____ Trabajadora _____ Desempleada

5. Estado civil: _____ Soltera _____ Casada _____ Divorciada
_____ Unión libre _____ Viuda

6. Situación laboral del padre de su bebé: _____ Estudiante _____ Trabajador _____ Desempleado

7. Ingreso promedio familiar: _____ 1 salario básico _____ 2 salarios básicos _____ 3 o más salarios básicos

DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS

8. Edad gestacional a la que inició al primer control prenatal: _____ 1er trimestre _____ 2do trimestre _____ 3er trimestre

9. Cantidad de controles prenatales: _____

10. Cantidad de gestaciones: _____

11. Cantidad de partos: _____ Vaginales _____ Cesárea

12. Período intergenésico: _____ < 1 año _____ 1 a 2 años _____ > 2 años

13. Cantidad de abortos: _____

BARRERAS ASOCIADAS A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

14. Accesibilidad al Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón (Tosagua, Manabí):
_____ Cercano y fácil _____ Cercano y difícil
_____ Lejos y fácil _____ Lejos y difícil

15. Calidad de las instalaciones donde fueron atendidas:
_____ Excelente _____ Buena
_____ Regular _____ Mala

16. Horario de atención: _____ Conveniente _____ No conveniente

17. Tiempo de espera para la consulta:
_____ Inmediato _____ 5 a 15 minutos
_____ 15 a 30 minutos _____ Mayor a 30 minutos

18. Acceso al ginecólogo: _____ Tuvo dificultades _____ Sin dificultades

BARRERAS INDIVIDUALES/PSICOSOCIALES

19. Indique las razones por las cual(es) no asistió antes al control prenatal:
_____ Embarazo no planificado
_____ Embarazo no deseado
_____ Depresión y/o no sentirse bien
_____ Atención prenatal no percibida como prioridad
_____ Desmotivación por estado anímico, problemas familiares o de pareja
_____ No le gusta ir sola a las citas
_____ Hospitalización relacionada con el embarazo
_____ Poca importancia al control por creencias culturales
_____ Poca importancia al control por no sentir riesgo
_____ Olvido de citas
_____ Dificultad para el cuidado de los demás hijos
_____ Sola, sin pareja estable
_____ Falta de confianza y satisfacción en el personal que la atiende
_____ Acudir a un médico solo en caso de enfermedad
_____ Sentimientos negativos sobre ver médicos
_____ Insatisfecho con tratamiento por proveedor

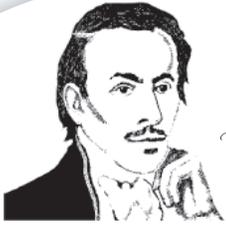
BARRERAS SOCIOECONÓMICAS

20. Indique cuál(es) de las siguientes razones impidieron el acceso al control prenatal:
_____ Poco apoyo de la familia y pareja
_____ Dificultades económicas
_____ Dificultades para el traslado a la institución prestadora de los servicios
_____ Dificultad por quehaceres domésticos
_____ Dificultad para obtener permiso en el trabajo
_____ No le permiten asistir al control prenatal

BARRERAS INSTITUCIONALES DE LOS CENTROS PRESTADORES DEL SERVICIO

21. Indique cuál(es) de las siguientes razones impidieron el acceso al control prenatal:
_____ Difícil acceso a las citas para la consulta
_____ Tiempo de espera prolongado para su atención
_____ Poca tiempo de duración de la consulta
_____ Insatisfacción por la atención recibida
_____ Trato inadecuado por parte del personal

Figura 1. Cuestionario percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal



Para la validación del cuestionario mediante un estudio piloto, se suministró un borrador inicial del cuestionario a 20 gestantes que reflejarán adecuadamente a la población a la que se destinaría el cuestionario final. Las participantes se seleccionaron en términos de características demográficas, experiencias y otros aspectos relevantes sobre las posibles barreras al ACP. En este proceso se aclararon todas sus dudas y se realizaron los ajustes necesarios para asegurar que la retroalimentación y resultados obtenidos a partir de la prueba piloto fueron aplicables y relevantes para la población objetivo, lo que contribuiría a la validez y utilidad del cuestionario.

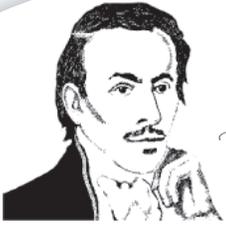
Esto permite identificar posibles problemas en la redacción de las preguntas, la claridad de las opciones de respuesta y la duración de la encuesta. La retroalimentación recopilada a través de la prueba piloto se utiliza para realizar ajustes y mejoras en la encuesta, garantizando que sea comprensible y efectiva antes de su implementación en un contexto más amplio. Este proceso es esencial para asegurar la validez y la fiabilidad de la encuesta, al eliminar posibles fuentes de error o confusión que podrían afectar los resultados finales.

Mediante el cuestionario se recogieron datos sociodemográficos como: edad, procedencia (rural / urbana), nivel de escolaridad (primaria / secundaria / técnico superior / universitario), situación laboral de las gestantes (ama de casa / estudiante / trabajadora / desempleada), estado civil (soltera / casada / divorciada / unión libre / viuda), situación laboral del padre del bebé (estudiante / trabajador / desempleado) e ingreso promedio familiar (un salario básico / dos salarios básicos / tres o más salarios básicos). Además, se incluyeron datos gineco-obstétricos, como la edad gestacional al primer control prenatal (1er trimestre/2do trimestre/3er trimestre), cantidad de controles prenatales, cantidad de gestaciones, cantidad de partos (vaginales/cesárea), período intergenésico (<1 año/1 a 2 años/>2 años) y cantidad de abortos (escala numérica). El cuestionario también abarcó diferentes barreras asociadas a la calidad de la atención, barreras individuales/psicosociales y barreras socioeconómicas.

Para estas se utilizaron escalas nominales. Las embarazadas indicaron si experimentaron dificultades o no, en relación a diferentes factores.

A las gestantes se les explicó el propósito del estudio para garantizar que comprendieran las preguntas. Los datos recopilados se analizaron mediante pruebas estadísticas descriptivas para resumir las respuestas a través de frecuencias absolutas y porcentajes.

Para la validación del cuestionario se realizó un análisis de confiabilidad y validez. Para la confiabilidad se calculó el coeficiente alfa de Cronbach y para comprobar su validez, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) mediante el programa Statistics (versión 7, 2004, StatSoft. Inc., Tulsa, EE.UU.) y se seleccionó un nivel de confianza del 95 %. El estadígrafo V de Aiken se utilizó para evaluar la consistencia interna del análisis factorial. Se calculó sumando las cargas factoriales al cuadrado y luego dividiendo entre el número de ítems en cada factor. La fórmula es la siguiente:



$$V = \frac{\sum_{i=1}^k (\lambda_i^2)}{k}$$

Donde: k, es el número de ítems en el factor; λ_i , son las cargas factoriales para cada ítem en el factor. Para el procesamiento de los resultados se calcularon las frecuencias absolutas y porcentajes, a partir de los cuales se realizaron análisis de varianza y, en caso de existir diferencias significativas, se aplicó la prueba de Tukey-Kramer para determinar las diferencias con un nivel de confianza del 95 %. Se utilizó el programa Statistics (versión 7, 2004, StatSoft. Inc., Tulsa, EE.UU.). Además, para analizar la percepción de las barreras individuales/psicosociales, socioeconómicas e institucionales asociadas a la calidad de la atención de las embarazadas se calculó la odds ratio (OR) para comparar la probabilidad de tener una barrera específica entre el grupo que reporta la barrera y el grupo que no la reporta, según la ecuación siguiente:

$$OR = \frac{\text{Probabilidad en el grupo que reporta}}{\text{Probabilidad en el grupo que no reporta}}$$

Donde: Probabilidad = Frecuencia absoluta / Total de embarazadas, en cada grupo.

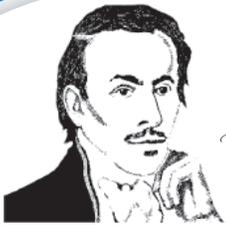
El presente estudio, basado en los principios bioéticos, fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Técnica de Manabí con el código CEISH-UTM-INT_23-02-02_MVCM; además, la dirección del centro de salud indicó su conformidad con la investigación.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta los resultados de la validación del cuestionario "Percepción de Embarazadas sobre las Barreras para el Acceso al Control Prenatal" realizado mediante una prueba piloto a 20 embarazadas. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad y se realizó un AFE para evaluar la validez.

De acuerdo con estos resultados, el coeficiente alfa de Cronbach mostró una buena consistencia interna de las respuestas. En este caso, el valor fue 0,85, lo que sugiere que las preguntas en la escala están relacionadas y miden una sola dimensión o constructo de manera confiable. Un valor mayor a 0,7 generalmente se considera aceptable.

La varianza total explicada representa el porcentaje de la varianza total de los datos que es explicado por los factores identificados en el AFE. La varianza total explicada indicó que el cuestionario capturó el 65 % de la variabilidad en las respuestas de las embarazadas. El índice de Kaiser-Meyer-Olkin



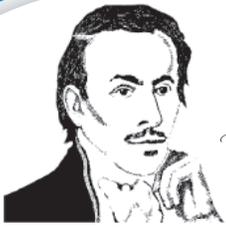
(KMO), debe considerarse adecuado para un valor superior a 0,6; en este caso, con un valor de 0,78, indicó una adecuación apropiada de los datos para el AFE. Valores más altos indican una mayor adecuación.

La prueba de esfericidad de Bartlett evalúa si la matriz de correlaciones entre los ítems es una matriz de identidad, es decir, si los ítems son independientes. En este caso, el valor de $p < 0,001$ indicó que los ítems no son independientes, lo que es deseable para un AFE.

Tabla 1. Resultados del análisis de confiabilidad y validez para el cuestionario sobre percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal

Medida	Resultado
Tamaño de la muestra	20
Coefficiente alfa de Cronbach	0,85
Validez (análisis factorial exploratorio)	Adecuado
Varianza total explicada	65 %
Número de factores identificados	4
Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,78
Prueba de esfericidad de Bartlett	$p < 0,001$
Cargas factoriales	
Factor 1	Calidad de las instalaciones (0,72), accesibilidad al centro de salud (0,68) V de Aiken= 0,4904
Factor 2	Barreras individuales/psicosociales (0,79), barreras socioeconómicas (0,74) V de Aiken= 0,5859
Factor 3	Acceso al ginecólogo (0,83), horario de atención (0,67) V de Aiken= 0,5689
Factor 4	Barreras institucionales (0,86) V de Aiken= 0,7396

Las cargas factoriales muestran la relación entre los elementos originales de la escala y los factores identificados en el AFE. Las cifras entre paréntesis se corresponden con los valores de cargas factoriales. Por ejemplo, en el Factor 1, "calidad de las instalaciones" tuvo una carga de 0,72, lo que significa que esta pregunta está fuertemente relacionada con el primer factor identificado, que se podría interpretar como la satisfacción con las instalaciones del centro de salud. El AFE reveló que la calidad de las instalaciones, barreras individuales/psicosociales, acceso al ginecólogo y barreras institucionales fueron los cuatro factores principales relacionados con las barreras para el ACP. Estos resultados respaldan la confiabilidad y validez del cuestionario y proporcionan información valiosa para su uso en futuros estudios sobre la percepción de las embarazadas sobre las barreras para el ACP.



Los valores del estadígrafo V de Aiken proporcionan una medida de la consistencia interna en cada factor. Valores más altos indican una mayor consistencia interna. En este caso, los valores son relativamente altos, lo que sugiere una buena consistencia interna en cada uno de los factores identificados en el análisis factorial exploratorio.

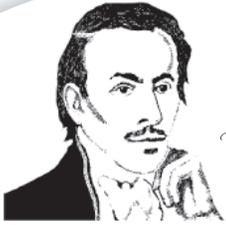
La Tabla 2 muestra las características sociodemográficas de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón de Tosagua en Manabí, durante el periodo marzo-agosto 2023.

Como se observa, la mayoría de las embarazadas tenían entre 25 y 30 años (79,74 %) eran de procedencia rural (77,78 %) y tenían nivel de escolaridad secundaria (37,91 %). Alrededor de la mitad de las gestantes eran casadas (47,06 %) y trabajaban (47,71 %). Más de la mitad (71,9 %) tenía un ingreso familiar promedio de un salario básico.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las embarazadas

Variable	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Edad		
19-24 años	6	3,92 c
25-30 años	122	79,74 a
31-35 años	20	13,07 b
> 35 años	5	3,27 c
Procedencia		
Rural	119	77,78 a
Urbana	34	22,22 b
Nivel de escolaridad		
Primaria	35	22,88 b
Secundaria	58	37,91 a
Técnico superior	29	18,95 c
Universitario	31	20,26 bc
Situación laboral de la gestante		
Ama de casa	43	28,1 b
Estudiante	23	15,03 c
Trabajadora	73	47,71 a
Desempleada	14	9,15 d
Estado civil		
Soltera	52	33,99 b
Casada	72	47,06 a
Divorciada	12	7,84 c
Unión libre	12	7,84 c
Viuda	5	3,27 d
Situación laboral del padre		
Estudiante	29	18,95 b
Trabajador	101	66,01 a
Desempleado	23	15,03 b
Ingreso promedio familiar		
Un salario básico	110	71,9 a
Dos salarios básicos	29	18,95 b
Tres o más salarios básicos	14	9,15 c

Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.



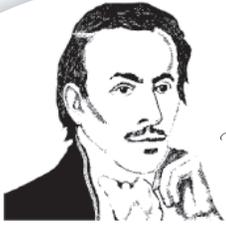
Los datos gineco-obstétricos de las embarazadas se exponen en la Tabla 3. Puede apreciarse que el inicio del control prenatal en el 83,01 % se realizó en el primer trimestre, y que más de la mitad de las gestantes (56,86 %) tuvo entre 4 y 6 controles prenatales. También se observó que la mayoría estaba en su segunda gestación (47,06 %) y que predominó el parto vaginal (56,86 %), período intergenésico entre 1 y 2 años (47,71 %) y sin abortos previos (71,9 %).

Tabla 3. Datos gineco-obstétricos de las embarazadas

Variable	f	%
Edad gestacional a la que inició al primer control prenatal		
1er trimestre	127	83,01 a
2do trimestre	26	16,99 b
3er trimestre	0	0 c
Cantidad de controles prenatales		
Menos de 4 controles	34	22,22 b
Entre 4 y 6 controles	87	56,86 a
Más de 6 controles	32	20,92 b
Cantidad de gestaciones		
Primera gestación	43	28,1 c
Dos gestaciones	72	47,06 a
Más de dos gestaciones	38	24,84 b
Cantidad de partos		
Parto vaginal	87	56,86 a
Cesárea	66	43,14 b
Período intergenésico		
Menos de 1 año	12	7,84 b
Entre 1 y 2 años	73	47,71 a
Más de 2 años	68	44,44 a
Cantidad de abortos		
Ninguno	110	71,9 a
Un aborto	26	16,99 b
Dos o más abortos	17	11,11 c

Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.

La percepción de barreras al control prenatal se refiere, en este caso, a cómo las mujeres embarazadas perciben los obstáculos, desafíos o dificultades que enfrentan al acceder y recibir atención médica prenatal adecuada y oportuna durante el periodo de gestación. Estas barreras pueden ser de naturaleza variada y pueden incluir aspectos económicos, geográficos, culturales, sociales, o de otro tipo que impidan o dificulten la búsqueda y participación en el cuidado prenatal.



En relación con las barreras asociadas a la calidad de la atención en el centro de salud (Tabla 4), se encontró que para la mayoría de las embarazadas la accesibilidad fue considerada lejos y difícil (68,83 %), mientras que la calidad de las instalaciones fue buena (43,14 %). Más de la mitad de las gestantes percibió como conveniente el horario de atención (62,09 %), sin embargo, para la mayoría, el tiempo de espera fue de entre 15 y 30 minutos (60,78 %) y tuvo dificultades para el acceso al ginecólogo (71,9 %).

Tabla 4. Percepción de las embarazadas en relación a las barreras asociadas a la calidad de la atención

Variable	f	%
Accesibilidad al centro de salud		
Cercano y fácil	9	5,88 c
Cercano y difícil	12	7,84 c
Lejos y fácil	27	17,65 b
Lejos y difícil	105	68,63 a
Calidad de las instalaciones donde fueron atendidas		
Excelente	29	18,95 c
Buena	66	43,14 a
Regular	38	24,84 b
Mala	20	13,07 d
Horario de atención		
Conveniente	95	62,09 a
No conveniente	58	37,91 b
Tiempo de espera para la consulta		
Inmediato	0	0 d
5 a 15 minutos	25	16,34 c
15 a 30 minutos	93	60,78 a
Mayor a 30 minutos	35	22,88 b
Acceso al ginecólogo		
Tuvo dificultades	110	71,9 a
Sin dificultades	43	28,1 b

Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.

En la Tabla 5 se muestran las barreras individuales/psicosociales, socioeconómicas e institucionales asociadas a la calidad de la atención de embarazadas en el centro de salud de Tosagua.

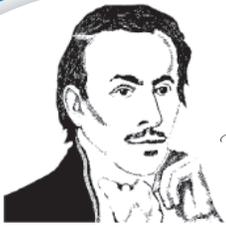
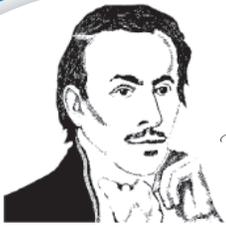


Tabla 5. Percepción de las barreras individuales/psicosociales, socioeconómicas e institucionales asociadas a la calidad de la atención de las embarazadas

Variable	f	%	Odds ratio	Intervalo de confianza (95 %)	P
Barreras individuales/psicosociales para no asistir al control prenatal					
Embarazo no planificado	138	90,2 a	9,2	5,161-16,3998	< 0,0001
Embarazo no deseado	108	70,59 c	2,4	1,5869-3,6298	< 0,0002
Depresión y/o no sentirse bien	97	63,4 d	1,732143	1,1634-2,5789	0,0068
Atención prenatal no percibida como prioridad	65	42,48 g	0,738636	0,4995-1,0922	0,1290
Desmotivación por estado anímico, problemas familiares o de pareja	79	51,63 e	1,067568	0,7241-1,5741	0,7414
No le gusta ir sola a las citas	72	47,06 f	0,888889	0,6027-1,3110	0,5525
Hospitalización relacionada con el embarazo	7	4,58 jk	0,047945	0,0217-0,1057	< 0,0001
Poca importancia al control por creencias culturales	12	7,84 i	0,085106	0,0453-0,1599	< 0,0001
Poca importancia al control por no sentir riesgo	123	80,39 b	4,1	2,5942-6,4799	< 0,0001
Olvido de citas	2	1,31 l	0,013245	0,0032-0,0544	< 0,0001
Dificultad para el cuidado de los demás hijos	136	88,89 a	8	0,0720-0,2170	< 0,0001
Sola, sin pareja estable	34	22,22 h	0,285714	0,1836-0,4446	< 0,0001
Falta de confianza y satisfacción en el personal que la atiende	5	3,27 kl	0,033784	0,0135-0,0847	< 0,0001
Acudir a un médico solo en caso de enfermedad	2	1,31 l	0,013245	0,0032-0,0544	< 0,0001
Sentimientos negativos sobre ver médicos	11	7,19 i	0,077465	0,0403-0,1488	< 0,0001
Insatisfecho con tratamiento por proveedor	10	6,54 ij	0,06993	0,0355-0,1379	< 0,0001
Barreras socioeconómicas que impidieron el acceso al control prenatal					
Poco apoyo de la familia y pareja	87	56,86 c	1,318182	0,8919-1,9481	0,1657
Dificultades económicas	138	90,2 ab	9,2	5,1610-16,3998	< 0,0001
Dificultades para el traslado a la institución prestadora de los servicios	143	93,46 a	14,3	7,2508-28,2024	< 0,0001
Dificultad por quehaceres domésticos	134	87,58 b	7,052632	4,1505-11,9839	< 0,0001
Dificultad para obtener permiso en el trabajo	0	0 d	0,0033	0,0002-0,0528	0,0001
No le permiten asistir al control prenatal	0	0 d	0,0033	0,0002-0,0528	0,0001
Barreras institucionales que impidieron el acceso al control prenatal					
Difícil acceso a las citas para la consulta	151	98,69 a	75,5	18,3783-310,1616	< 0,0001
Tiempo de espera prolongado para su atención	149	97,38 a	37,25	13,4586-103,0989	< 0,0001
Poco tiempo de duración de la consulta	147	96,08 a	24,5	10,5080-57,1229	< 0,0001
Insatisfacción por la atención recibida	12	7,84 b	0,085106	0,0453-0,1599	< 0,0001
Trato inadecuado por parte del personal	3	1,96 c	0,02	0,0062-0,0641	< 0,0001

Letras diferentes, para cada variable, indican diferencias significativas ($p \leq 0,05$) a partir de la prueba de Tukey-Kramer.



En cuanto a las barreras individuales/psicosociales se observó que más de la mitad de las embarazadas tuvo un embarazo no planificado, no deseado, con síntomas de depresión y desmotivación; mientras que un elevado porcentaje (88,89 %) tuvo dificultad para asistir a las consultas por el cuidado de los demás hijos. Por otro lado, pocas gestantes reportaron olvido de citas médicas y falta de confianza en el personal de salud que las atendió.

Por otro lado, entre las barreras socioeconómicas que impidieron el ACP se destacaron las dificultades económicas (90,2 %), dificultades para el traslado a la institución prestadora de los servicios (93,46 %) y dificultad por quehaceres domésticos (87,58 %).

Las principales barreras institucionales que incidieron en el ACP fueron el difícil acceso a las citas para la consulta (98,69 %), tiempo de espera prolongado para su atención (97,38 %) y poco tiempo de duración de la consulta (96,08 %).

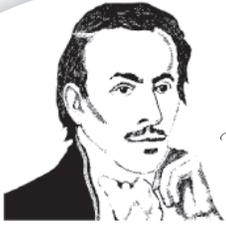
Las embarazadas percibieron que las barreras individuales/psicosociales fueron las que más afectaron el acceso al control prenatal, con 901 respuestas; seguido de las barreras socioeconómicas y barreras institucionales, con 502 y 462 respuestas, respectivamente.

En el caso de las mujeres con embarazo no deseado, los valores de la OR proporcionados indican la magnitud de la asociación entre la presencia de una barrera específica y la probabilidad de no asistir al control prenatal, en comparación con la ausencia de esa barrera. Además, los intervalos de confianza (IC) al 95 % y los valores de p muestran la precisión y la significancia estadística de estas asociaciones.

Como puede observarse, las variables embarazo no planificado, dificultades económicas, dificultades para el traslado, difícil acceso a citas para la consulta, tiempo de espera prolongado y poco tiempo de duración de la consulta, presentaron una $OR > 1$; lo que indicó que la presencia de la barrera estuvo asociada con una mayor probabilidad de no asistir al control prenatal en comparación con la ausencia de esa barrera. Los IC no incluyen el valor 1, lo que indica que estas asociaciones fueron significativas.

Por otro lado, la hospitalización relacionada con el embarazo, poca importancia al control por creencias culturales, dificultad para obtener permiso en el trabajo, no le permiten asistir al control prenatal, insatisfacción por la atención recibida y trato inadecuado por parte del personal, tuvieron una $OR < 1$; indicando que la presencia de la barrera estuvo asociada con una menor probabilidad de no asistir al control prenatal en comparación con la ausencia de esa barrera. Nuevamente, los IC no incluyeron el valor 1, lo que sugiere significancia estadística.

En cuanto a las variables depresión y/o no sentirse bien, desmotivación por estado anímico, problemas familiares o de pareja, no le gusta ir sola a las citas, sola, sin pareja estable, sentimientos negativos sobre ver médicos e insatisfecho con tratamiento por proveedor, tuvieron una OR cercana a 1; relacionado con una asociación más débil entre la barrera y la probabilidad de no asistir al control prenatal.



Es necesario comprender que la percepción de estas barreras es crucial para abordar y eliminar obstáculos reales o percibidos que puedan afectar la salud de la madre y el feto, y garantizar que las gestantes reciban la atención médica necesaria para un embarazo saludable.

DISCUSIÓN

Los resultados sobre el inicio del control prenatal en el primer trimestre se consideran positivos, ya que es fundamental garantizar un monitoreo adecuado del embarazo desde sus primeras etapas. El inicio temprano del control prenatal permite la identificación temprana de riesgos e implementación de intervenciones preventivas.⁽¹⁹⁾

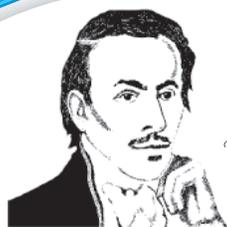
La experiencia previa en la maternidad puede influir en la percepción y el comportamiento de las gestantes en cuanto al control prenatal.⁽²⁰⁾ Las mujeres con experiencia previa pueden ser más conscientes de la importancia de la atención prenatal y, por lo tanto, buscar atención más temprano y seguir recomendaciones médicas con mayor regularidad.

Machado et al.⁽²¹⁾ investigaron los factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal. En este trabajo informaron resultados similares en cuanto al nivel de escolaridad secundaria para la mayoría de las gestantes; sin embargo, contrario a los resultados del presente estudio, la mayoría de las gestantes residían en zonas urbanas, convivían en unión libre y eran vinculadas al régimen subsidiado.

El mayor porcentaje de gestantes atendidas en el centro de salud Biblián en Cañar, perteneció al sector rural, no culminaron la educación general básica y se desempeñaba como amas de casa o con actividad económica no remunerada.⁽²²⁾ Las características sociodemográficas de las gestantes del presente estudio condicionaron un ambiente de inestabilidad familiar que influyó negativamente en la asistencia de controles prenatales.⁽²¹⁾

En la presente investigación, el porcentaje de gestantes que inició su control prenatal en el primer trimestre fue superior al 58,4 % informado por Machado et al. ⁽²¹⁾. Por otro lado, mientras la mayoría de las gestantes tuvo entre 4 y 6 controles prenatales, en el trabajo citado previamente, casi la totalidad (92,9 %) de las gestantes asistió a menos de 4 controles prenatales. Se ha reportado que la asistencia a menos de 4 controles prenatales representa un factor de riesgo obstétrico y constituye un factor de riesgo para el binomio materno fetal.⁽²³⁾

La atención prenatal inadecuada se asocia con malos resultados obstétricos, incluidos parto prematuro, preeclampsia y muerte fetal,⁽²⁴⁾ y las mujeres con bajo estatus socioeconómico tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal.⁽²⁵⁾ Es así que, el riesgo de parto prematuro, preeclampsia y diabetes gestacional aumenta tanto con una atención prenatal inadecuada como con un nivel socioeconómico bajo.⁽²⁴⁾



De acuerdo a lo reportado por Machado et al.⁽²¹⁾ la mayoría de las gestantes (47,65 %) estaba en su primera gestación, contrario a los resultados de esta investigación. Por su parte, el parto vaginal y período intergenésico entre 1 y 2 años fue predominante al igual que en el presente trabajo. Un período intergenésico inferior a 2 años se relaciona con una evolución perinatal adversa, como prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, entre otras.⁽²⁶⁾

García-Balaguera⁽²⁷⁾ informó que la mayoría de las gestantes tuvo bajos niveles de ingreso y escolaridad de la madre; aunque asistieron a cuatro o más controles, el inicio del control prenatal fue en el segundo trimestre. Por otro lado, Neutens⁽²⁸⁾ planteó que el transporte es una barrera para la atención prenatal; en este estudio no se evaluó este factor; sin embargo, las gestantes afirmaron que el acceso a la institución de salud era difícil y quedaba lejos de sus hogares.

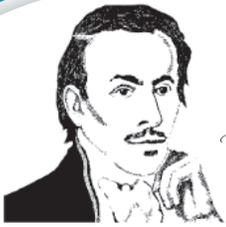
Según Quinde y Romero⁽²²⁾ la mayoría de las gestantes expresó su conformidad con la accesibilidad al control prenatal, tiempo de espera, buen trato, así como confianza y respeto por el personal de salud. En contraste, algunas gestantes (5 %) indicaron que el tiempo de espera fue superior a dos horas.

En cuanto a las barreras individuales/psicosociales, la depresión, desmotivación por estado anímico, problemas familiares o de pareja y embarazo no deseado, también fueron las principales barreras que incidieron sobre la calidad de la atención prenatal en el trabajo de Machado et al.⁽²¹⁾ También el olvido de citas fue un problema frecuente, contrario al presente trabajo.

Se ha demostrado que los cambios físicos y hormonales afectan el estado anímico de las gestantes, lo que puede afectar la asistencia al control prenatal al no tener compañía para las citas, estar deprimidas o la multiparidad.⁽²²⁾ Además, se ha demostrado que las exigencias en el trabajo, responsabilidades en el hogar, exigencias físicas y emocionales de tener un hijo y cuidar de un nuevo bebé, estabilidad financiera y los cambios hormonales generan estrés durante el embarazo.⁽²⁹⁾

Al igual que en esta investigación, las dificultades económicas y el traslado a la institución de salud se han señalado como las principales barreras socioeconómicas⁽²¹⁾. La situación económica de la familia es una de las barreras que más afectan el control prenatal. Las familias en estado de pobreza asisten menos a la atención prenatal.⁽³⁰⁾ Por otra parte, el tiempo de espera prolongado y poca duración de la consulta fueron las principales barreras institucionales en esta investigación y en la de Machado et al.⁽²¹⁾

El estatus socioeconómico es uno de los factores más importantes asociados con los resultados médicos; generalmente un nivel socioeconómico bajo se relaciona con atención médica inadecuada.⁽³¹⁾ Un nivel socioeconómico bajo de gestantes se asocia con complicaciones del embarazo como aborto, parto prematuro, preeclampsia, eclampsia y diabetes gestacional.⁽²⁴⁾



Mujeres con morbilidad materna en Antioquia, Colombia, señalaron que las principales barreras de ACP fueron, el difícil acceso a los servicios de salud, falta de experticia de los profesionales y ausencia de personal especializado.⁽³²⁾

Similar a los resultados del presente estudio, Nepal et al.(33) informaron que las principales barreras de ACP fueron el embarazo no planificado, falta de apoyo emocional por los miembros de la familia y dificultades económicas.

Teniendo en cuenta las barreras individuales/psicosociales identificadas, es necesario trabajar en brindar un ambiente de atención dirigido a abordar los aspectos emocionales y psicosociales que pueden influir en la participación de las embarazadas en el control prenatal.

En cuanto a las barreras socioeconómicas, el aspecto financiero representa un obstáculo significativo para las embarazadas en el acceso a la atención prenatal; en este sentido, se requieren estrategias y políticas que brinden un mayor apoyo a las embarazadas en situaciones económicas desfavorables.

CONCLUSIONES

Esta investigación brinda una visión general de la percepción de las embarazadas sobre las barreras para el ACP en el Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón. Considerando las respuestas de las embarazadas, se puede plantear que la mayoría percibió que el ACP se afectó por el difícil acceso a las citas para consulta, tiempo de espera prolongado, poco tiempo de duración de la consulta, dificultad para el traslado a la institución, dificultades económicas, por los quehaceres domésticos; además, de embarazos no planificados, dificultad por el cuidado de los otros hijos y poca importancia al control prenatal. Los resultados resaltan la importancia de mejorar la calidad de la atención, abordar las barreras individuales/psicosociales y socioeconómicas, así como fortalecer los aspectos institucionales para garantizar un acceso adecuado y oportuno al control prenatal.

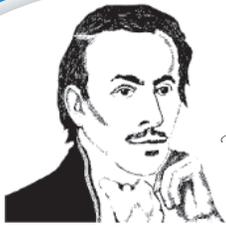
Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores

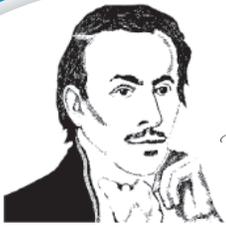
María Vicenta Cano Montesdeoca trabajó en la conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

Dadier Marrero González participó en la curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, visualización, redacción, revisión y edición.



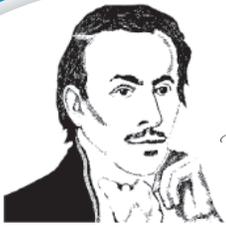
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Chief Public Health Officer's report on the state of public health in Canada: Growing up well: Priorities for a Healthy Future [Internet]. 2009 [citado 20 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/pdf/cphorsphc-respcacsp-eng.pdf>.
2. Canada H: Health Family Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services [Internet]. 2000 [citado 20 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>.
3. Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice [Internet]. 2008 [citado 17 Sep 2023]; 45-65. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2008-17146-003>.
4. Sunil TS, Spears WD, Hook L, Castillo J, Torres C. Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio Texas. *Matern Child Health J* [Internet]. 2008 [citado 17 Sep 2023]; 14(1): 133-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-008-0419-0>.
5. Friedman SH, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2009 [citado 15 Sep 2023]; 38(2): 174-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01004.x>.
6. Heaman MI, Moffatt M, Elliott L. Barriers, motivators and facilitators related to prenatal care utilization among inner-city women in Winnipeg, Canada: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [citado 17 Sep 2023]; 14: 227. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-227>.
7. Beckmann CA, Buford TA, Witt JB: Perceived barriers to prenatal care services. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2000 [citado 17 Sep 2023]; 25(1): 43-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00005721-200001000-00009>.
8. Milligan R, Wingrove BK, Richards L, Rodan M, Monroe-Lord L, Jackson V, Hatcher B, Harris C, Henderson C, Johnson AA. Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health* [Internet]. 2002 [citado 17 Sep 2023]; 2(25): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-2-25>.
9. Braveman P, Marchi K, Egarter S, Pearl M, Neuhaus J. Barriers to timely prenatal care among women with insurance: the importance of prepregnancy factors. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2000

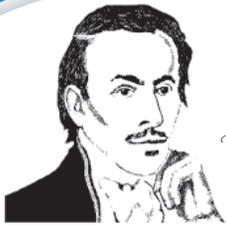


[citado 17 Sep 2023]; 95(6 Pt.1): 874-880. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)00780-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(00)00780-8).

10. World Health Organization (WHO). Maternal Mortality. 2023 [citado 17 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
11. Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2010 [citado 17 Sep 2023]; 27(3): 337-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319423005>.
12. Gulliford, M., & Morgan, M. (Eds.). (2003). *Access to Health Care* (1st ed.). Routledge. Disponible en: <https://doi.org/10.4324/9780203867952>.
13. Ghaffari Sardasht F, Jahani Shourab N, Jafarnejad F, Esmaily H. Application of Donabedian quality of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. *J Midwifery Reprod Health* [Internet]. 2014 [citado 17 Sep 2023]; 1(2): 50-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22038/JMRH.2013.1924>.
14. Dean SV, Imam AM, Lassi ZS, Bhutta ZA. A systematic review of preconception risks and interventions. Pakistan: Division of Women and Child Health, Aga Khan University [Internet]. 2011 [citado 17 Sep 2023]; 48-52. Disponible en: https://media.tghn.org/articles/Preconception_Report.pdf.
15. Jammeh A, Sundby J, Vangen S. Barriers to emergency obstetric care services in perinatal deaths in rural gambia: a qualitative in-depth interview study. *ISRN Obstet Gynecol* [Internet]. 2011 [citado 17 Sep 2023]; 2011: 981096. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5402/2011/981096>.
16. Phillippi JC. Women's Perceptions of Access to Prenatal Care in the United States: A Literature Review. *J Midwifery Women's Health* [Internet]. 2009 [citado 17 Sep 2023]; 54(3): 219-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.002>.
17. Abate T, Salgado W, Bayou N. Evaluation of the Quality of Antenatal Care (ANC) Service at Higher 2 Health Center in Jimma, South West Ethiopia. *Open Access Libr J* [Internet]. 2015 [citado 17 Sep 2023]; 2(4): 1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4236/oalib.1101398>.
18. World Health Organization (WHO). Integrated Management of Pregnancy and Childbirth – WHO recommended interventions for improving maternal and newborn health [Internet]. 2010 [citado 17 Sep 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69509/WHO_MPS_07.05_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



19. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2017 [citado 17 Sep 2023]; 5(10): e977-e983. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30325-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30325-X).
20. Hudon É, Chouinard MC, Ellefsen É, Beaudin J, Hudon C. The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: a descriptive interpretative qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 [citado 17 Sep 2023]; 23(1): 187. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05474-z>.
21. Machado S, Molinares AP, Urzola LA, Valdés MJ. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017 [tesis Internet]. Colombia: Universidad de Sucre, 2017 [citado 25 Sep 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/handle/001/637/T618.32%20F%20142.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
22. Quinde NM, Romero MA. Percepción de las gestantes que acuden al centro de salud Biblián sobre la aplicación del programa de control prenatal, cañar, 2017 [tesis Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017 [citado 25 Sep 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30662/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf>.
23. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018 [citado 17 Sep 2023]; 44(1): 1-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog181a.pdf>.
24. Kim M, Lee S, Bae SH. et al. Socioeconomic status can affect pregnancy outcomes and complications, even with a universal healthcare system. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018 [citado 17 Sep 2023]; 17(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0715-7>.
25. Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011 [Internet]. *BMJ Open*. 2013 [citado 17 Sep 2023]; 3: e003225. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003225>.
26. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018 [citado 17 Sep 2023]; 83(1): 52-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>.



27. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med* [Internet]. 2017 [citado 17 Sep 2023]; 65(2): 305-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>.
28. Neutens T. Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography* [Internet]. 2015 [citado 17 Sep 2023]; 43: 14-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2014.12.006>.
29. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2020 [citado 17 Sep 2023]; 87(5): 273-277. Disponible en: <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>.
30. Ogu R, Okonofua F, Hammed A, Okpokunu E, Mairiga A, Bako A, Abass T, Garba D, Alani A, Agholor K. Outcome of an intervention to improve the quality of private sector provision of post-abortion care in northern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2012 [citado 17 Sep 2023]; 118: 121-126. 50. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60010-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60010-1).
31. Lee SH, Lee SM, Lim NG, Kim HJ, Bae SH, Ock M, Kim UN, Lee JY, Jo MW. Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: a nationwide epidemiological study. *Medicine* [Internet]. 2016 [citado 19 Sep 2023]; 95: e4630. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004630>.
32. Hoyos-Vertel LM, Muñoz L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 25 Sep 2023]; 21(1): 17-21. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.69642>.
33. Nepal VP, Banerjee D, Perry M. Prenatal Care Barriers in an Inner-city Neighborhood of Houston, Texas *Journal of Primary Care & Community Health* [Internet]. 2011 [citado 22 Sep 2023]; 2(1): 33-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2150131910385944>.