



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios
de salud. Unidad Hospitalaria de Manrique-ESE Metrosalud.
Medellín, 2024**

Andrea Barrientos Correa

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2024**



Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios de salud. Unidad Hospitalaria de Manrique-ESE Metrosalud. Medellín, 2024

Andrea Barrientos Correa

Trabajo de grado para optar al título de Administradora en Salud

Asesora

**Blanca Myriam Chávez Guerrero
Profesora Universidad de Antioquia**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2024**

Cita	Barrientos Correa
Referencia	(1) Barrientos Correa A. Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios de salud. Unidad Hospitalaria de Manrique-ESE Metrosalud. Medellín, 2024. [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de todo corazón a quienes me acompañaron en este camino, quienes fueron faro, calor y aliento en estos años de construcción personal y profesional. A quienes me sujetaron en cada caída, gracias. A quienes marcharon al infinito convirtiéndose en polvo de estrellas, gracias por acompañarme en parte del camino. Este ha sido un recorrido de ires y venires, de descubrimientos y de pérdidas, pero sobre todo, de mucho aprendizaje.

Infinitamente agradecida con quien me dio el honor de llamarme “mamá”, quien me ha enseñado más de lo que yo le he enseñado a ella. También, gracias a mi madre, por ser mi soporte y mi inspiración constante. Sin el amor y el apoyo de todas estas personas, no sería quien soy hoy.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	8
Introducción	9
1. Planteamiento del problema	10
2. Justificación	17
3. Marcos	18
3.1 Políticas Internacionales y Nacionales	18
3.2 Acceso a los servicios de salud	23
3.3 Salud Materna.....	25
3.4 Marco Contextual	26
3.5 Referentes.....	28
4. Objetivos	29
4.1 Objetivo General	29
4.2 Específicos:	30
5. Metodología	30
5.1 Tipo de investigación	30
5.2 Población.....	31
5.3 Muestra.....	31
5.4 Criterios de inclusión.....	31
5.5 Criterios de exclusión	32
5.6 Técnicas de recolección de datos	32
5.7 Técnica y procesamientos de análisis de información	32
5.8 Consideraciones éticas	33
5.9 Limitaciones	34
5.10 Publicación y divulgación de resultados	34

6. Resultados	34
6.1 Categoría 1: sociodemográfica	35
6.2 Categoría 2. acceso a los servicios de salud materna	36
6.2.1 Subcategoría 1: Significado frente al acceso a los servicios de salud materna.....	36
6.2.2 Subcategoría 2: servicios de salud materna	37
6.2.3 Subcategoría 3: Calidad de los servicios de salud	41
7. Discusión	43
8. Conclusiones	46
9. Recomendaciones	46
10. Créditos	47
11. Anexos	47
12. Referencias	57

Lista de tablas

Tabla 1. Categorías y subcategorías.....	37
---	----

Siglas, acrónimos y abreviaturas

CEDAW	Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CISAMF	Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y la Familia
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ESE	Entidad Social del Estado
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAIS	Política en Atención Integral en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UH	Unidad Hospitalaria

Resumen

Históricamente el acceso a los servicios de salud materna ha sido un tema descuidado en el ámbito de la salud, sobre todo cuando se habla desde la percepción y vivencias de las mujeres gestantes, lo que conlleva a la insuficiente información de este tema. En consecuencia, se realiza esta investigación cuyo objetivo es comprender el acceso a los servicios de salud desde la percepción de las mujeres gestantes atendidas en la Unidad Hospitalaria Manrique durante el año 2024. **Metodología:** se realizó un estudio cualitativo, enmarcado en un paradigma interpretativo por medio de entrevistas semiestructuradas a mujeres gestantes de distintas semanas gestacionales usuarias de los servicios de salud materna ofrecidos en la Unidad Hospitalaria de Manrique. **Resultados:** las mujeres gestantes experimentan dificultades económicas y administrativas para acceder a servicios especializados y a veces, deben hacer gastos de bolsillo para acceder a unos cuantos servicios debido a la no disponibilidad de las agendas. Por otro lado, se cuenta con una percepción favorable en referencia a la atención, información y trato por parte del personal de salud. **Conclusiones:** la percepción general de las gestantes en cuanto al acceso a los servicios de salud materna ha sido positiva, aunque se identificaron algunos aspectos negativos, que se expondrán para su mejora.

Palabras claves: servicios de salud materna, acceso, percepción, mujeres gestantes, calidad.

Introducción

La comprensión de los significados y diferencias existentes entre la maternidad y la gestación en la vida de las mujeres es necesaria para aportar elementos más adecuados y que ayuden a cualificar la prestación de los servicios de salud; siendo la primera concebida como una construcción social relacionada con varios vínculos ajustados al cuidado y crianza¹ y esta última como una etapa de la maternidad cuya duración es de aproximadamente 280 días, iniciando desde la fecundación y finalizando con el parto, durante este período, las mujeres gestantes requieren una atención especializada y sensible a sus necesidades individuales.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado repetidamente la importancia de brindar experiencias positivas a todas las mujeres gestantes durante la atención en salud.³ Esto resalta la necesidad de abordar de manera oportuna las diferentes complicaciones que pueden surgir durante el embarazo. En la región de las Américas, se han realizado estudios para identificar la adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social¹⁵, las desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú¹⁶, Demoras en atención materna y complicaciones hipertensivas en el Hospital Sabogal, Callao, Perú¹⁷, Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú¹⁸, inequidad en el acceso a los servicios materno infantil¹⁹, Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud²⁰, Análisis Situacional de Muertes Maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018²¹, para una Maternidad Segura en Paraguay²². En Colombia, la información disponible sobre este tema es escasa, como se evidencia a lo largo del documento. Este estudio se centrará especialmente en un enfoque cualitativo, que otorga relevancia a las experiencias y significados de las mujeres gestantes para comprender el acceso a los servicios de salud maternos desde su propia perspectiva.

Esta investigación se realizó con un enfoque cualitativo, para comprender la naturaleza compleja y subjetiva de la experiencia humana durante el embarazo y para explorar las percepciones, sentimientos y significados que las mujeres gestantes tienen sobre la atención en los servicios de

salud materna de la Unidad Hospitalaria (UH) de Manrique, ubicada en el barrio Manrique Central de la Comuna 3 de Medellín. La técnica utilizada para esta investigación fue la entrevista semiestructurada, aplicada a 12 mujeres en diferentes etapas gestacionales.

La investigación tiene importancia científica y social que contribuye al fortalecimiento y ampliación del conocimiento en los servicios de salud materna que presta la unidad hospitalaria.

Una vez recopilada la información y analizada se estructuraron 5 categorías. Preestablecidas tres: sociodemográfica, acceso a los servicios maternos, y los servicios de salud maternos y dos emergentes: percepción de la calidad de los servicios y dificultades presentadas durante la atención. Algunas categorías tienen subcategorías que permiten comprender diferentes aspectos de la atención materna.

La estructura de la investigación se basó en los pasos que contempla el método científico y, fue aprobada por el comité de programa, igualmente, pasó por el comité de investigación de la ESE METROSALUD, quién estableció un acta de inicio incluyendo cláusulas de compromisos exigidos por la entidad, estando presentes: la jefa del departamento de Ciencias Específicas, secretaria del comité de investigación de la Facultad, asesora académica y coordinadora del comité de investigación de la ESE METROSALUD con el fin de realizar claridades frente a las disposiciones descritas en el acta.

1. Planteamiento del problema

La comprensión de los significados y diferencias existentes entre la maternidad y la gestación en la vida de las mujeres es necesaria para aportar elementos más adecuados y que ayuden a cualificar la prestación de los servicios de salud; siendo la primera concebida como una construcción social relacionada con varios vínculos ajustados al cuidado y crianza¹ y esta última como una etapa de la maternidad cuya duración es de aproximadamente 280 días, iniciando desde la fecundación y finalizando con el parto, durante este período, las mujeres gestantes requieren una atención especializada y sensible a sus necesidades individuales.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha subrayado repetidamente la importancia de brindar experiencias positivas a todas las mujeres gestantes durante la atención en salud. Esto se debe a que una atención adecuada puede prevenir complicaciones, reducir los riesgos de muertes prenatales y materna. La OMS promueve el enfoque centrado en la mujer, que se basa en el respeto de sus derechos, la participación en la toma de decisiones relacionadas con su salud y la garantía de un entorno seguro y favorable para el embarazo y el parto.³

Existen diversas normativas internacionales que respaldan y promueven la importancia del acceso en la atención a la salud materna como derechos fundamentales de las mujeres, como lo es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la cual estableció claramente que las mujeres tienen derecho a recibir atención médica adecuada durante el embarazo y el parto, así como servicios de atención de salud que se adapten a sus necesidades específicas. Esta convención sentó las bases para garantizar la igualdad de derechos en la salud materna.⁴

Posteriormente, el acuerdo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos amplió aún más esta protección. Su objetivo principal es asegurar y proteger los derechos de las mujeres a recibir atención de calidad durante todas las etapas del embarazo hasta el parto y el postparto. Este acuerdo reconoce que el acceso a servicios de salud materna es un derecho humano fundamental y busca asegurar que todas las mujeres tengan igualdad de oportunidades para acceder a estos servicios sin discriminación.⁵

Todos estos derechos responden a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) N°3, "Salud y bienestar", que se compromete a alcanzar metas e indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva, buscando garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación para el 2030.⁶

La OMS ha desempeñado un papel importante en el desarrollo de directrices y recomendaciones basadas en evidencia científica para mejorar la atención prenatal y el parto. Estas abordan diversos aspectos como el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud, la promoción de prácticas de parto respetadas, la prevención de complicaciones durante el parto y la promoción de la lactancia materna. En términos de mejorar el acceso a la atención a mujeres gestantes, la OMS enfatiza en la importancia de garantizar que haya suficientes trabajadores de salud capacitados, lo cual incluye médicos, enfermeras y obstetras. Estas directrices de la OMS buscan establecer estándares y proporcionar orientación a los países para mejorar la calidad en la atención de la salud materna y reducir las desigualdades en el acceso a estos servicios vitales.⁷

Colombia ha avanzado significativamente en la ampliación de la cobertura, mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud tras ratificar su compromiso con las organizaciones internacionales y llevar a cumplimiento la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015.⁸

En el marco de garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud materna se han construido estrategias que puedan ajustarse a los contextos y dinámicas territoriales de cada región descentralizando la atención en salud y llevándolas a los territorios de mayor vulnerabilidad. A raíz de este, se expide la resolución 429 de 2016, la cual adopta la Política en Atención Integral en Salud (PAIS)⁹, bajo un enfoque de integralidad en el acceso y abordaje para la atención en salud, en aras de facilitar la atención integral se propone un instrumento y una estrategia territorial denominadas Rutas de Atención Integral en salud y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) posteriormente modificado por la resolución 2626 de 2019¹⁰ con la propuesta de un Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).

Más adelante se emite la Resolución 3202 de 2016¹¹ para establecer los procedimientos y pasos a seguir para el abordaje de condiciones o enfermedades específicas; desde allí se propone la Ruta Integral de

Atención en Salud Materno Perinatal enfocándose en la prevención, promoción, diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de las condiciones de salud que puedan afectar a la madre y al bebé, la cual amplía sus lineamientos técnicos y operativos por medio de la resolución 3280 de 2018¹².

A pesar de los progresos y esfuerzos realizados, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) expresa una gran preocupación por la falta de acceso a la atención médica para mujeres embarazadas. Según sus datos, aproximadamente 8.400 mujeres mueren cada año en la región debido a complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, siendo la hipertensión en el embarazo y las complicaciones derivadas de enfermedades subyacentes las causas más comunes. Sin embargo, se estima que nueve de cada diez de estas muertes podrían prevenirse si se redujeran las desigualdades en el acceso a la atención médica.¹³

En Argentina, se han llevado a cabo investigaciones en provincias del norte del país que revelan la falta de adecuación de los servicios de salud para las mujeres embarazadas. Según estos estudios, aproximadamente el 36% de las gestantes reciben menos de cinco controles prenatales.¹⁴ Además, se destaca la falta de interés por parte del personal sanitario en conocer el entorno de vida de las mujeres atendidas, lo que dificulta la evaluación de los factores que contribuyen al retraso en el acceso a los controles prenatales.¹⁵

En el año 2020, se reportó que el 88,4% de las mujeres embarazadas en Perú recibieron al menos seis Controles Prenatales, tal como lo establece el Ministerio de Salud (MINSU)¹⁶. Sin embargo, persisten importantes disparidades en cuanto a la calidad de la atención proporcionada a estas mujeres. Diversas investigaciones han resaltado los factores relacionados con el acceso a la atención, incluyendo demoras en la programación de citas, el olvido de las citas por parte de las embarazadas y el abandono de los Controles Prenatales.^{17 18}

Estudios revelan que en el Estado Plurinacional de Bolivia, el riesgo de muerte neonatal está directamente relacionado con la disponibilidad de servicios de salud, lo cual se ve afectado por las diferencias entre áreas urbanas y rurales. Estas disparidades generan barreras económicas, geográficas y de exclusión que reducen la equidad en el acceso y uso de los servicios de salud.¹⁹ Según los estudios, se observa que la mayor cantidad de personas que acceden a los servicios de salud se encuentran en departamentos con mayor desarrollo, como La Paz, Cochabamba, Oruro y Potosí. Además, las mujeres con un nivel de educación elevado tienen una mayor probabilidad de acceder a los servicios de salud materna.²⁰

Investigaciones realizadas en Paraguay muestran una situación preocupante en cuanto al acceso a la atención médica para las mujeres embarazadas. Se observa que existe un retraso en la atención prenatal y una escasez de personal calificado para hacer frente a las emergencias obstétricas.²¹ Además, se identifica la falta de educación de calidad, especialmente entre las mujeres, y su escaso empoderamiento como factor desfavorable en el acceso a los servicios de salud. También se señala la distribución inadecuada de personal calificado en las diferentes regiones sanitarias, la falta de equipamiento adecuado en algunos centros para atender emergencias obstétricas y neonatales, deficiencias en los sistemas de referencia oportuna entre los centros de salud, la ausencia de casas maternas de espera en algunas regiones, así como una supervisión nacional y regional insuficiente debido a la falta de recursos.²²

Las investigaciones llevadas a cabo en los departamentos de Santander y Cundinamarca, Colombia, revelaron que tanto las dificultades económicas como las geográficas son factores comunes que dificultan el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, también se identificó una preocupante falta de orientación por parte del personal de salud con relación al riesgo durante el embarazo y a los servicios de salud que las mujeres deben recibir para tener un proceso gestacional adecuado.²³ Además, se encontraron dificultades en las remisiones para acceder a los controles prenatales y una escasa información sobre los métodos de planificación familiar después del embarazo.²⁴ Un estudio enfocado en mujeres con morbilidad extrema durante el embarazo llegó a la conclusión de que el

sistema de salud no brinda una atención confiable y adecuada para las gestantes y sus hijos.²⁵

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) en Colombia el 97,5% de las mujeres entre 13 y 49 años asistieron al menos a cuatro controles prenatales de los ocho recomendados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el 95,9% contó con asistencia durante el parto calificado; sin embargo, cada día muere una mujer gestante por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, muertes que en su mayoría son prevenibles con un adecuado seguimiento y acceso a servicios integrales y de calidad en salud.

Según el DANE, en Medellín se registran alrededor de 20.124 nacimientos al año.²⁶ Para abordar esta situación, la ciudad ha implementado diversas estrategias de salud en las cuales se ha puesto en marcha un equipo interdisciplinario llamado ETAFIS (Equipo Territorial de Atención Integral Familiar en Salud)²⁷. Este equipo brinda una amplia gama de servicios de salud a todas las gestantes y a la población en general de las diferentes comunas y corregimientos de la ciudad. No obstante, la atención se concentra principalmente en las comunas 1 (Popular), 2 (Santa Cruz), 3 (Manrique), 4 (Aranjuez), 6 (Doce de Octubre), 8 (Villa Hermosa), 13 (San Javier) y los cinco corregimientos. Estas áreas son prioritarias en cuanto al despliegue de servicios de atención.²⁸

En la zona nororiental de Medellín (Popular, Santa Cruz, Manrique y Aranjuez) se concentra la mayor cantidad de embarazos en comparación a la tasa de fecundidad global del Distrito, teniendo mayor prevalencia en las comunas Popular y Manrique.²⁹ Siendo estas, los desafíos más complejos en los que se ha enfrentado la ciudad en las últimas dos décadas por las altas tasas de embarazos adolescentes, sin embargo no hay información sólida ni documentada sobre los distintos factores que influyen en este fenómeno, al igual que del proceso que debe enfrentar una mujer en el momento de acceder a los servicios salud durante ni después del embarazo.

En promedio, de todos los nacimientos atendidos en la ciudad, 6.091 tienen lugar en la ESE Metrosalud, que forma parte de la red de salud pública de Medellín y atiende a las comunidades más pobres y

vulnerables. De estos nacimientos, el 48% corresponde a madres migrantes. Además, la Unidad Hospitalaria de Manrique es responsable del 93% de los partos,³⁰ puesto que se especializa en obstetricia.

En conversaciones con una profesional de salud de la Unidad Hospitalaria de Manrique, se expresó preocupación por el hecho de que muchas mujeres gestantes, que han recibido atención y acompañamiento durante todo el proceso, deciden no tener su parto en esta unidad. Esto genera interrogantes sobre la captación de los servicios y el impacto real de la atención brindada a estas mujeres.

Por consiguiente, el propósito central de esta investigación es dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la percepción sobre el acceso a los servicios de salud que tienen las mujeres gestantes atendidas en la Unidad Hospitalaria de Manrique-ESE Metrosalud en el 2024?

2. Justificación

La salud materna es concebida como el reflejo del desarrollo de un país, es por ello que, se ha promovido a través de normas internacionales y nacionales estrategias que garanticen a todas las mujeres gestantes una atención médica integral y continua, con el objetivo de mantener un estado óptimo de salud, a través de revisiones periódicas, exámenes médicos, pruebas de laboratorio y orientación sobre nutrición y cuidados adecuados, donde se puedan identificar y abordar los factores de riesgo que podrían afectar tanto a la madre como al feto y así proporcionar el tratamiento necesario para minimizar cualquier impacto negativo.

Se podría indicar que dicha problemática lo tendrían las organizaciones de carácter social y político, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), el Distrito de Ciencia, Tecnología e Innovación de Medellín, las gestantes y sus familias. En el caso para las EAPB, IPS y la entidad territorial, el no poseer datos precisos y actualizados podría dificultar en la identificación de las necesidades y demandas de atención prenatal, así como asignar recursos de manera eficiente y efectiva. La escasa información obstaculiza el seguimiento y monitoreo de la atención prenatal. Todo esto problematiza la implementación de medidas específicas para superar barreras y mejorar la equidad en la atención de la salud a gestantes.

Por otro lado, si no se da una respuesta efectiva y oportuna a las múltiples dificultades que enfrenta una gestante en el momento de acceder a los servicios de salud, podría presentar riesgos en su salud lo que se materializaría en un conflicto para mantener su empleo, obtener ingresos adecuados, reestructurar el gasto para poder acceder a un servicio de salud y hasta de enfrentar barreras adicionales en su vida familiar y personal.

En consecuencia, se propone la realización de esta investigación y así proporcionar herramientas para su implementación en otros entes de salud y demás organizaciones sociales para identificar áreas de mejora y

promover cambios significativos en la atención, al igual que, sus resultados podrían guiar a la adecuación y mejora de los servicios, la implementación de programas de educación y capacitación para profesionales de salud, así como el desarrollo de estrategias efectivas que se ajusten a las realidades de las gestantes.

Igualmente, se pretende apoyar la garantía de un acceso equitativo y libre de barreras donde se mitiguen las disparidades sociodemográficas, económicas, políticas y culturales que podrían enfrentar las mujeres gestantes. Esta investigación contribuirá en la disminución de las disparidades de salud existentes y la perpetuación de la inequidad en el acceso a servicios de calidad durante el embarazo.

Finalmente, resulta fundamental que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y autoridades territoriales, en colaboración con las organizaciones comunitarias pertinentes, adquieran un conocimiento exhaustivo de los diversos factores que inciden en todo el proceso de atención de una mujer durante el embarazo. Esto facilitará la toma de decisiones y diseñar estrategias efectivas con el fin de elevar la calidad de los servicios, evitando así la inversión en programas que podrían resultar poco eficaces y generar costos innecesarios.

3. Marcos

3.1 Políticas Internacionales y Nacionales

En el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 se consagra la salud como un derecho integral que garantiza un nivel de vida adecuada a todas las personas, enfatizando en la importancia que tienen los cuidados y atenciones especializadas en la maternidad y la infancia³¹. Este derecho a su vez comprende otros derechos como el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; el acceso a medicamentos esenciales; la salud materna, infantil y reproductiva; el acceso igual y

oportuno a los servicios de salud básicos; el acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud y la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional³².

Más adelante, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este tratado establece las obligaciones de los Estados para garantizar el acceso a la atención médica, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la igualdad de oportunidades para lograr una vida saludable³³.

a) Disponibilidad. Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, entre otros.
- La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

- Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- Acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del sexo y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Una de las primeras normas internacionales que protege el acceso a la salud para mujeres gestantes es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979. El CEDAW establece que las mujeres tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, y que los Estados deben tomar medidas adecuadas para asegurar el acceso a servicios de atención médica, incluida la atención prenatal y posnatal⁴

Posteriormente a la convención de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos amplió aún más esta protección. Su objetivo principal es asegurar y proteger los derechos de las mujeres a recibir atención de calidad durante todas las etapas del

proceso reproductivo del embarazo. Este acuerdo reconoce que el acceso a servicios de salud materna es un derecho humano fundamental y busca asegurar que todas las mujeres tengan igualdad de oportunidades para acceder a estos servicios sin discriminación⁵

La Plataforma de Acción de Beijing es un documento clave adoptado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, China, en 1995. Esta plataforma establece un marco global para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en diversas áreas, incluyendo la salud³⁴.

En relación con el acceso a la salud de mujeres gestantes, la Plataforma de Acción de Beijing reconoce la importancia de garantizar servicios de atención prenatal y postnatal de calidad, así como el acceso a la información y educación sobre salud sexual y reproductiva. Reconoce el acceso a la salud de las mujeres gestantes como un componente integral de los derechos de las mujeres. Proporciona una hoja de ruta para promover y garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y postnatal de calidad, así como servicios de salud reproductiva, prevención y atención de complicaciones durante el embarazo y participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud³⁵.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 (ODS 3) de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas se centra en garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades. Dentro de este objetivo, se incluye específicamente el acceso a la salud materna, reconociendo la importancia de garantizar una atención médica adecuada para las mujeres durante el embarazo, el parto y el período postnatal⁶.

El ODS 3 busca reducir la mortalidad materna y neonatal, y promover el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva. Reconoce que el acceso a la salud materna es esencial para el desarrollo sostenible y la igualdad de género. Para lograr estos objetivos, se requiere la colaboración de los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional para invertir en infraestructuras de salud, fortalecer los sistemas de atención médica y promover políticas y programas que aseguren el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud materna⁶.

En Colombia, un número importante de mujeres gestantes mueren al año, en promedio durante un día, 40 mujeres embarazadas están cerca de la muerte, la mayoría de las veces por causas prevenibles que están

relacionadas con hipertensión asociada al embarazo, hemorragia o infección. Frente a la evidente necesidad de asegurar la salud materna, entender los contextos y analizar las cifras que revelan las barreras y vacíos que son obstáculo para poner fin a las muertes maternas evitables en todo el territorio nacional se ponen a disposición una variedad de normas que garantizan, regulan y orientan el proceso de atención a mujeres gestantes³⁶.

En la Constitución Política de Colombia de 1991, no existen artículos específicos que aborden directamente la atención en salud a mujeres gestantes. Sin embargo, hay varios artículos³⁷ que establecen principios generales que respaldan la protección de la salud, entre ellos, el Artículo 49, donde se establece el derecho a la salud. Reconoce el acceso a los servicios de salud como un derecho fundamental y garantiza la atención integral, equitativa y oportuna para todas las personas.

La Ley 100 de 1993 de Colombia³⁸, también conocida como la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es una legislación trascendental que fue promulgada con el propósito de reformar el sistema de salud en el país. Esta estableció un modelo de aseguramiento en salud basado en la afiliación a entidades promotoras de salud (EPS) y la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para financiar la atención de la población más vulnerable.

La Ley 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria de Salud, es una legislación fundamental que establece los principios, derechos y obligaciones en materia de salud en el país. Fue promulgada con el objetivo de garantizar el acceso, la calidad y la integralidad de los servicios de salud para todos los ciudadanos colombianos. Establece una serie de derechos fundamentales en salud. Entre ellos se encuentran el derecho a la salud como un derecho fundamental, el derecho a la igualdad en el acceso a los servicios de salud, el derecho a la atención en salud oportuna, el derecho a la participación en las decisiones relacionadas con la salud, y el derecho a la protección de la salud frente a riesgos y daños. Además de establecer los derechos en salud, la ley también define los deberes y responsabilidades de las instituciones y actores del sistema de salud en Colombia. Establece la obligación de las entidades prestadoras de salud de garantizar la calidad de los servicios, la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos adecuados, y la implementación de políticas de prevención y promoción de la salud.

Posteriormente, en el año 2016, se promulgó la Resolución 3202 con el objetivo de establecer los procedimientos y directrices necesarios para abordar de manera efectiva las condiciones o enfermedades específicas relacionadas con la salud materno perinatal. A partir de esta resolución se desarrolló la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, la cual se centra en la prevención, promoción, diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de las condiciones de salud que pueden afectar tanto a la madre como al bebé.

La ley 2244 de 2022³⁹, por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado". En su artículo 4, se consagran 28 derechos para el proceso materno perinatal, cuyos numerales relevantes para esta investigación, son anunciados a continuación:

1. A recibir atención integral, adecuada, veraz, oportuna y eficiente, de conformidad, a sus costumbres, valores, creencias y a su condición de salud.
6. A que sea ingresada al Sistema de Salud y a ser atendida sin barreras administrativas.
7. A participar en un curso de preparación para la gestación, trabajo de parto, parto y posparto de alta calidad pedagógica y profundidad en los contenidos, basado en evidencia científica actualizada y con enfoque diferencial, con personal formado en acompañamiento a población gestante; que privilegie el respeto por la fisiología, en espacios accesibles que garanticen la dignidad y comodidad, sin importar el régimen de afiliación que tenga la mujer al Sistema de Seguridad Social.
8. A realizarse los controles prenatales recomendados según la evidencia científica actualizada, por niveles de atención, para garantizar la salud de la madre de acuerdo con su condición de salud.

3.2 Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud es una temática que ha sido abordada y conceptualizado de distintas formas por varios autores; sin embargo, se puede evidenciar cierta complejidad en el momento de su conceptualización. En la literatura se han observado dos tendencias que definen el acceso como el ajuste entre las características de los servicios y de la población y la otra que la establecen con la utilización de los servicios⁴⁰.

Penchansky y Thomas desarrollaron un modelo conceptual del acceso a la atención en salud que incluye cinco dimensiones las cuales se relacionan entre sí: *disponibilidad* o cantidad de servicios y suministros necesarios; *accesibilidad* o ubicación de la oferta y la de los usuarios; *adaptación* o utilización efectiva de los servicios donde se tiene en cuenta la capacidad de los recursos dispuestos para la atención como a la adherencia a los servicios; *asequibilidad* o capacidad de pago de los servicios y afiliación a un seguro de salud; *aceptabilidad* o adecuación cultural y social de los servicios de salud. El tipo de evaluación del acceso que proponen Penchansky y Thomas es desde la perspectiva de los usuarios, midiendo la satisfacción con las diferentes dimensiones de acceso propuesta anteriormente⁴¹.

El modelo propuesto por Andersen y Aday se utiliza para analizar los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud por parte de las personas. Inicialmente se enfocó en el individuo, y no en las interacciones que tienen lugar cuando las personas reciben atención en salud. Así, el enfoque fue de corte comportamental, concentrándose en las características predisponentes (características individuales como la edad, educación, cultura), facilitadoras (recursos tangibles e intangibles, como económicamente, logísticamente o de disponibilidad) y necesidades (utilización de los servicios en salud) de los individuos. Diez años después parten de unos determinantes primarios, como las características de la población, el sistema de salud y el ambiente externo, que conllevan a prácticas individuales en salud y uso de servicios, y generan unos resultados como estado de salud percibido, estado de salud evaluado por profesionales y satisfacción del consumidor. En esta fase, los autores aplicaron las medidas de acceso, refiriéndose a acceso efectivo y acceso eficiente⁴².

A partir del modelo de Andersen y Aday, en Colombia se plantea un modelo empírico para evaluar el acceso de salud del sistema de salud y seguridad social. Donde se empiezan a utilizar conceptos como acceso real, potencial, efectivo y eficiente para tener una mayor noción de los servicios y percepción de los usuarios.

-El acceso real se refiere al uso de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario. Este uso puede caracterizarse en términos de su tipo, sitio, propósito e intervalo de tiempo involucrado. El tipo de utilización se refiere al tipo de servicio recibido y quién lo prestó: hospital, médico, odontólogo, farmacéutico, etc. El sitio del encuentro de atención médica se refiere al

lugar donde se recibió la atención: consultorio del médico, departamento de atención ambulatoria del hospital, sala de emergencias, etc ⁴³.

-El acceso potencial hace referencia a 1) las características de los servicios de salud que facilitan la utilización de los servicios y 2) las características de los individuos que predisponen o capacitan para el uso de los servicios de salud, que incluye la necesidad de atención en salud de los individuos. El acceso efectivo es definido como la mejoría en el estado de salud o en la satisfacción relacionada con el uso de los servicios (que el uso produce). El acceso eficiente se evidencia cuando el nivel de estado de salud o satisfacción aumenta en relación con la cantidad de servicios de salud recibidos⁴³

-La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de un enfoque universal, indica que el acceso a la salud implica que todas las personas y comunidades tengan la oportunidad de acceder, sin discriminación, a servicios integrales de salud que sean adecuados, oportunos y de calidad. Estos servicios deben ser determinados a nivel nacional y adaptados a las necesidades específicas de la población⁴⁴.

3.3 Salud Materna

La salud materna se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto, así como a la atención médica y los servicios que se les proporcionan para garantizar un proceso seguro y saludable. Varios autores han definido y abordado este concepto crucial en el ámbito de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud materna engloba el cuidado integral de la mujer durante el embarazo, incluyendo el acceso a atención prenatal de calidad, la detección y manejo de complicaciones, así como la atención adecuada durante el parto y el posparto. También se enfoca en la promoción de la salud reproductiva, el apoyo emocional y el fomento de una transición saludable hacia la maternidad⁴⁵.

Además, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) resalta la importancia de la salud materna como un indicador clave del desarrollo y el bienestar de las comunidades. La atención a la salud materna no solo tiene beneficios para las mujeres, sino también para sus familias y sociedades en general⁴⁶.

La falta de acceso a la atención en salud materna tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de las mujeres gestantes y sus hijos. Esta situación resulta en consecuencias negativas tanto a corto como a largo plazo, tanto para la madre como para el feto o recién nacido. Varios autores han abordado este tema y han destacado los efectos adversos de la falta de acceso a la atención en salud materna que se podrían desencadenar en la muerte de esta y/o del bebé⁴⁷.

La mortalidad materna refleja la situación de salud y calidad de vida de la población porque advierte sobre las condiciones sociales, económicas, educativas, familiares y personales de las mujeres, a la vez que permite evaluar el acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud en cuanto a la atención integral de la mujer⁴⁸.

Según el informe "Tendencias de la Mortalidad Maternas 2000-2020" alerta sobre un retroceso importante en el aumento considerable del número de muertes maternas o el estancamiento en su descenso en todos los países del mundo. Sin embargo, se puede evidenciar que la mortalidad materna sigue prevaleciendo en las zonas más pobres y afectadas por el conflicto⁴⁹.

Indica también que la tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe aumentó aproximadamente un 15% entre el 2016 y 2020⁴³. Teniendo en cuenta que las hemorragias graves, la hipertensión, las infecciones relacionadas con el embarazo y las complicaciones debidas a las afecciones subyacentes que pueden agravarse durante el embarazo (como el VIH/sida y el paludismo) son las principales causas de la mortalidad materna. Todo esto puede prevenirse con la garantía de una adecuada y oportuna atención de salud sin disparidad alguna.

Por tal razón, la salud materna es una prioridad a nivel mundial, así que se ha dispuesto una variedad de normas internacionales basadas en derechos fundamentales en aras de garantizar que las mujeres gestantes tengan acceso a servicios de salud adecuados, seguros y asequibles en todo el mundo.

3.4 Marco Contextual⁵⁰

La ESE Metrosalud fue creada oficialmente el 23 de junio de 1994, con el objetivo misional de prestar servicios de salud para la población más pobre y vulnerable de la ciudad, la ESE Metrosalud fue dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, todo

bajo la tutela de una Junta Directiva, cuyo presidente es el alcalde o su delegado, y de la Gerencia de la entidad.

En la actualidad, la ESE cuenta con 9 unidades hospitalarias, 1 Unidad de Salud Mental y 42 centros de salud que garantizan la cobertura y atención en salud de la población objeto en las 16 comunas y cinco corregimientos en los que se divide territorialmente la capital antioqueña. La ESE Metrosalud tiene una población asignada a diciembre de 2022 de 576.558 usuarios, donde el 78% se encuentra afiliado al régimen subsidiado en Savia Salud EPS, contributivo con 8% y población pobre no asegurada un 14%.

La ESE Metrosalud, continúa con la implementación de la ruta materno perinatal y de promoción y mantenimiento de la salud, con componentes como:

- Atención preconcepcional
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Atención para el Cuidado Prenatal
- Curso de preparación para la maternidad y paternidad
- Atención para la Promoción de la Alimentación y Nutrición
- Atención por odontología
- Atención del parto
- Atención del puerperio
- Atención de emergencias obstétricas
- Atención para el cuidado del recién Nacido y sus complicaciones
- Atención para el seguimiento del recién nacido

Al igual que cuenta con diversos procesos y programas que ayudan a que las mujeres gestantes tengan una experiencia óptima.

- Implementación del curso de preparación para la maternidad y paternidad "Familia Gestante Camino a la Felicidad", en las 9 UPSS de la red. Como resultados iniciales de la participación de la familia gestante en las actividades educativas se observa una tendencia significativa en la cobertura; con la participación de 1.092 gestantes y 352 acompañantes.

- La atención preconcepcional continúa su fase de implementación en la empresa, logrando su parametrización en el sistema de facturación e información. Esto ha permitido que la actividad se pueda realizar en cualquier punto de la red de servicios; lo que ha generado un impacto positivo frente a la asistencia a estas citas durante el año 2022 que alcanza un total de 230 citas.

- Fortalecimiento del Talento humano para la atención de la gestante, con la aplicación de la estrategia del grupo de referentes materno-perinatales; con el acompañamiento, formación académica y despliegue de directrices institucionales al personal asistencial que ha fortalecido la implementación de la ruta materno perinatal, la adherencia de los profesionales a la práctica clínica y las buenas prácticas para la atención del binomio madre e hijo. En el componte de despliegues académicos se cumplió con el cronograma propuesto para la vigencia con una participación de 100% de los referentes materno perinatales y con contenidos académicos como: lineamientos del control prenatal, trastorno hipertensivo asociado al embarazo, infección de tracto urinario en embarazo, lineamientos administrativos y pruebas rápidas, embarazo múltiple, anemia gestacional, triage obstétrico, restricción del crecimiento intrauterino, toxoplasmosis y embarazo, hipotiroidismo gestacional y trombo profilaxis obstétrica.

- Gestión del riesgo en la ruta materno perinatal: Se consolida la unidad de gestión de riesgo materno perinatal y se establece la transición hacia la gestión por cohorte de riesgo, conservando las líneas operativas en captación temprana, seguimiento a la adherencia, no solo al control prenatal por médico sino adicionando otras acciones de monitoreo como el seguimiento al cumplimiento en la asignación y efectividad de la consulta Alto Riesgo Obstétrico (ARO) por ginecobstetricia, psicología y nutrición.

Adicionalmente y a través de la ejecución de los contratos y convenios interadministrativos que hacen presencia en los territorios y contando con los gestores de Savia Salud EPS, se identifican gestantes sin ingreso al programa gracias a la articulación con actores como Medellín Me Cuida – SSM, Centro Intégrate (donde se orienta a la población migrante venezolana y retornados colombianos encontrará información sobre cómo acceder a servicios y a derechos como salud, educación y rutas de empleabilidad), Secretaria de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos, Convenio de Vigilancia epidemiológica, COVECOM y Líderes comunitarios de Savia Salud EPS. También se realizó seguimiento a cohortes de gestantes, asignación de citas de control prenatal y post evento obstétrico.

3.5 Referentes

Previo a la elaboración de este documento, se realizó una revisión sistemática en las bases de datos SciElo, PubMed y Lilacs en los meses de mayo, junio, julio y agosto del año 2023, utilizando los operadores de búsqueda OR y NEAR, así como palabras clave como *acceso a servicios*

de salud, atención en salud a gestantes y acceso a servicios de salud maternos. La búsqueda se limitó a estudios de los últimos cinco años en español y de la región de las Américas y el Caribe, obteniendo 85 resultados relacionados con el tema de investigación. Entre los temas más destacados se encuentran la adherencia a los controles prenatales, la violencia obstétrica y la morbilidad en mujeres gestantes. Si bien no se encontró una investigación exactamente igual a la propuesta, se identificaron estudios cuyas características complementan significativamente los objetivos de esta investigación. Estos aportes proporcionan una base para avanzar en la comprensión del tema:

“Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia” es una investigación con enfoque cualitativo con un estudio de corte transversal, donde se evidencia que más de la mitad de las gestantes participantes no asistieron a más de 4 controles prenatales y su ingreso a estos fue tardío. El 54% manifestó dificultades con relación a la falta de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y de Salud (SGSSS)⁵¹.

El estudio de casos “Factores de Servicios de Salud y Satisfacción de Usuarias Asociadas al Acceso al Control Prenatal” muestra como barreras de acceso: el poseer bajos ingresos, no considerar importante acceder a los servicios y el realizar muchos trámites administrativos. En este caso el 10% no estaban afiliadas al SGSSS y el 52% de las participantes accedieron al Control Prenatal después del tercer mes gestacional⁵².

La tesis “Factores facilitadores y barreras del acceso a la atención materno-perinatal de las mujeres usuarias de una Empresa Social del Estado (E.S.E.) en Cundinamarca” se encontró que el factor económico y geográfico interfieren con las asistencias a Control Prenatal. La mayoría de las participantes manifestaron tener conocimiento de los servicios que se presentan en la E.S.E. La mitad de las participantes no tenían conocimiento de los cursos de maternidad y paternidad y la desarticulación en la percepción pacientes, EAPB y E.S.E²⁰.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Comprender el acceso a los servicios de salud desde la percepción de las mujeres gestantes atendidas en la Unidad Hospitalaria Manrique durante el año 2024.

4.2 Específicos:

Describir las experiencias de las mujeres gestantes usuarias de los diferentes servicios de salud maternos.

Reconocer la percepción, sentimientos y significados que tienen las mujeres gestantes sobre los servicios de salud maternos y el acceso a la salud.

Interpretar la información obtenida a partir de la percepción de las gestantes sobre el acceso a los servicios de salud maternos.

5. Metodología

El enfoque cualitativo⁵³ resulta altamente pertinente para investigar fenómenos complejos y enraizados en su contexto, tal como sucede con las vivencias individuales y colectivas de las mujeres gestantes, dado que el acceso a los servicios de salud puede fluctuar debido a factores socioculturales, económicos y geográficos. La investigación cualitativa se considera idónea para explorar las percepciones y las motivaciones subyacentes en las decisiones tomadas por estas mujeres en este entorno particular. En este caso, cobra relevancia las vivencias y significados de las mujeres gestantes que trascienden la cuantificación en forma de números y estadísticas. Estas narrativas, subjetividades y comprensiones se manifiestan de manera única en la interacción directa entre el investigador y las participantes, estableciendo una conexión intrínseca entre el enfoque metodológico y la realidad analizada.

5.1 Tipo de investigación

Esta investigación adopta un enfoque cualitativo, ya que se generan datos descriptivos basados en las experiencias expresadas por las personas participantes, así como en la observación de su comportamiento,

siguiendo lo planteado por Taylor y Bogdan . En este tipo de investigación, el objetivo no es descubrir una verdad absoluta, sino comprender el fenómeno desde la perspectiva de los propios participantes.

Además, se ajusta con lo expuesto por Denzin y Lincoln, quienes plantean que la investigación cualitativa se caracteriza por su flexibilidad y capacidad para adaptarse a los contextos, lo que permite una comprensión interpretativa de los significados construidos desde diferentes perspectivas sobre la realidad. Esta flexibilidad se manifiesta a través de diversas técnicas cualitativas, que facilitan la exploración profunda de las experiencias y percepciones individuales.

5.2 Población

La población de estudio fueron mujeres gestantes que asisten a algún servicio de salud materna en la Unidad Hospitalaria (UH) Manrique.

5.3 Muestra

En concordancia con lo planteado con Hernández, Fernández y Baptista⁵³, para este estudio se utilizó una muestra de *participantes voluntarios*, puesto que. Se tuvo un acercamiento con las mujeres gestantes que asistían a los talleres de "Familias Gestantes", realizados los miércoles de cada semana en la Unidad Hospitalaria (UH) Manrique. Durante estos talleres, se les informó sobre el propósito y alcance del estudio, sus derechos como participantes y la técnica de recolección de datos y se les extendió una invitación a participar voluntariamente de ésta.

En consecuencia y dado a las limitaciones en la capacidad operativa del estudio (recursos técnicos y financieros disponibles), se decidió concluir la recolección de datos una vez alcanzado un número de participantes apropiado.

5.4 Criterios de inclusión

- Estar en gestación
- Asistir a la Unidad Hospitalaria Manrique
- Aceptar de manera voluntaria la participación
- Diligenciar y firmar el consentimiento informado.

5.5 Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes con problemas cognitivos o de comunicación
- Mujeres con un embarazo de alto riesgo.
- Mujeres gestantes que aún no estén ingresadas en la ruta materno perinatal.

5.6 Técnicas de recolección de datos

Antes de empezar las entrevistas se hizo nuevamente la lectura del consentimiento informado (Anexo 1), detallando de manera precisa todos los aspectos de la investigación, incluyendo la técnica de recolección, las grabaciones y anotaciones explícitas. Una vez entendido y firmado se iniciaron las entrevistas semiestructuradas (Anexo 2).

Las citas para las entrevistas fueron concertadas con las participantes de manera previa y se realizaron en una oficina ubicada dentro del auditorio de la Unidad hospitalaria, la cual facilitó la jefa encargada de los talleres de "Familias gestantes". El tiempo promedio fue de 30 minutos por entrevista. El diálogo fue detallado y personalizado, que permitió explorar en profundidad las experiencias y perspectivas de las mujeres gestantes.

También se utilizó una libreta de apuntes para registrar observaciones que apoyaron la memoria y facilitaron la recreación de las experiencias, permitiendo documentar pensamientos personales, emociones y el lenguaje no verbal presente durante las mismas.

5.7 Técnica y procesamientos de análisis de información

Los datos recopilados son organizados de manera manual, contando con la creación de una matriz en Excel en la que cada columna correspondía a una pregunta específica de la entrevista. Además, se incluyó una columna de códigos alfanuméricos para identificar y clasificar cada respuesta de manera sistemática. Las respuestas fueron transcritas con precisión en las filas correspondientes, lo que facilitó un análisis exhaustivo del lenguaje y las experiencias compartidas por las mujeres gestantes. Con el fin de garantizar la confidencialidad, se sustituyeron los nombres de las participantes por códigos alfanuméricos. Esta metodología aseguró una gestión clara y segura de la información, permitiendo un análisis detallado de las vivencias y percepciones expresadas durante las entrevistas.

La estructura de codificación empleada para organizar la información fue la siguiente:

- Identificación de la entrevista: representada por la letra "E"
- Consecutivo: se asignó un número entero a cada entrevista a medida que se iba realizando. Códigos abreviados (E1, E2, E3 ..., E12)

Se buscó entender las respuestas en su contexto e identificar patrones y temas preliminares que facilitaron la codificación, luego la organización por categorías y subcategorías teniendo en cuenta las narraciones de las entrevistadas. Fue necesario leer varias veces todas las transcripciones de manera vertical y triangular la información para comprender el sentido general de los datos.⁵³

Después de este análisis se procedió a la interpretación de la información que permitió evidenciar los resultados y comprender de manera más holística y enriquecedora el fenómeno estudiado. Luego se organizó las categorías y subcategorías, unas preestablecidas y otras emergentes; revelando las complejidades y matices sutiles que dieron forma a sus experiencias y percepciones en relación con el acceso a los servicios de salud.

5.8 Consideraciones éticas

La investigación en el campo de la salud que involucra a mujeres gestantes requiere de una atención especial en cuanto a consideraciones éticas según las pautas internacionales para la investigación relacionada con la salud de seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)⁵⁴, donde se plantea el mínimo riesgo que se debe tener con dicha población. De igual forma está la Resolución 8430 de 1993⁵⁵ del Ministerio de Salud de Colombia donde se hace énfasis en la importancia de obtener la participación voluntaria y consentida de cada participante.

Considerando las especificidades de esta investigación, se estimó en un riesgo mínimo debido a que se tratara información que podría ser sensible para alguna gestante y podría desencadenar algún tipo de reacción emocional a las entrevistadas, asimismo, esta investigación con su proceso reflexivo pudo haber presentado efectos positivos o negativos para la entidad, procurando visibilizar las posibles oportunidades que faciliten a mejorar la calidad de los servicios de salud materna.

5.9 Limitaciones

Es de anotar que durante el proceso se presentaron dificultades administrativas para iniciar la recolección de información, dado que la ESE METROSALUD no proporcionó una respuesta oportuna autorizando la ejecución de la investigación, teniendo en cuenta el calendario académico de la facultad, sin embargo, se solucionó con una reunión entre METROSALUD y la Universidad, gracias a la perseverancia, profesionalismo, gestión y disciplina aplicada. A pesar de ello, el retraso fue considerable, afectando los tiempos destinados a la investigación.

5.10 Publicación y divulgación de resultados

La divulgación de los datos obtenidos dentro de la comunidad académica se llevará a cabo tanto de manera escrita mediante documentos específicos elaborados a lo largo del proceso de investigación y el informe final del trabajo y durante la presentación oral del trabajo de grado ante los jurados y el asesor, se proporcionará una exposición detallada de los resultados obtenidos. También se presentarán los hallazgos a la ESE Metrosalud, no solo como un fin en sí mismo, sino como un recurso valioso para el desarrollo y la mejora continua de sus planes de atención y servicios de atención materna.

La socialización de los resultados entre la comunidad académica no solo se limita al proceso de evaluación. Se presentarán los hallazgos a la comunidad en general como retribución de su disposición y participación en la investigación, también se explorarán oportunidades en conferencias, simposios y otros eventos académicos pertinentes. Esto ampliará la visibilidad de la investigación y permitirá la retroalimentación de expertos, enriqueciendo aún más la comprensión de los resultados y sus implicaciones.

6. Resultados

La información obtenida de las gestantes con la entrevista semiestructurada, una vez analizada, se agrupa en 2 categorías: sociodemográficas y acceso a los servicios de salud materna, esta última

describe diversos aspectos relacionados con la disponibilidad y calidad de los servicios para mujeres embarazadas. Examina las percepciones sobre los significados y la importancia de estos servicios, la variedad de atenciones disponibles y el impacto del costo en el acceso. También se aborda la programación de citas, el número adecuado de controles prenatales y la calidad de la información proporcionada durante las consultas. Además, se investiga la percepción de la atención recibida, evaluando la comodidad, limpieza y adecuación de las instalaciones de las unidades hospitalarias. Se consideran las dificultades en la programación de citas, los problemas con los recursos, y los desafíos logísticos y económicos relacionados con los desplazamientos necesarios.

En la tabla 1, se presenta la organización de las categorías y subcategorías de la investigación. Cada categoría agrupa aspectos identificados durante el estudio, ofreciendo una visión estructurada de los temas abordados. Este esquema facilita la comprensión y el análisis de los datos recolectados.

Tabla 1. Categorías y subcategorías

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Categoría 1. Sociodemográfica	Residencia, edad, ocupación, educación
Categoría 2. Acceso a los servicios de salud materna	Subcategoría 1: Significado frente al acceso a los servicios de salud materna. Subcategoría 2: Servicios de salud materna Subcategoría 3: Calidad de los servicios de salud

Fuente: elaboración propia.

6.1 Categoría 1: sociodemográfica

Para esta investigación, se contó con la participación de 12 mujeres gestantes con diversas características sociodemográficas. La mayoría de las participantes residen en Medellín, principalmente en las comunas 3 Manrique, 9 Buenos Aires, 4 Aranjuez, 13 San Javier, 16 Belén y 10 La Candelaria. Solo una participante reside en el municipio Bello, comuna 6 Bellavista. Es importante señalar que una parte considerable de las participantes tiene una nacionalidad diferente a la colombiana.

Las edades de las participantes oscilan entre los 18 y 36 años, con un promedio de 25.5 años. En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, la mayoría de las gestantes, tanto extranjeras como colombianas, están afiliada al régimen subsidiado, sin embargo, se evidencia que una minoría no están afiliadas a ningún régimen.

En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de las mujeres conviven con sus parejas en unión libre, lo que refleja las tendencias actuales en la estructura familiar. Este patrón sugiere que la influencia emocional y/o económica de las parejas en las mujeres gestantes puede ser significativa. Recibir dichos apoyos en esta etapa tan fundamental, compleja y sensible, marcada por diversos cambios, puede tener un impacto profundo en el bienestar y la experiencia de cada embarazo.

Respecto al nivel educativo, la mayoría de las participantes son bachilleres, lo cual, es un factor positivo para el acceso a información, la comprensión de recomendaciones médicas y la capacidad para tomar decisiones informadas. En cuanto a la ocupación la mayoría son amas de casa sin obtener recursos económicos que las hace dependientes de sus parejas.

La mayoría de las gestantes no son primerizas, han tenido embarazos anteriores, convirtiéndose en una ventaja por la experiencia y preparación que han adquirido, por lo tanto, tienen mayor conocimiento y mayores expectativas sobre el proceso de gestación.

Es importante señalar, que la información proviene mayoritariamente de mujeres gestantes que estaban iniciando el tercer trimestre de embarazo o que ya se encontraban en él.

6.2 Categoría 2. acceso a los servicios de salud materna

6.2.1 Subcategoría 1: Significado frente al acceso a los servicios de salud materna.

Cada una de las respuestas de las mujeres gestantes entrevistadas revelan una variedad interpretativa sobre el concepto de "Acceso a los Servicios de Salud Materna". Desde la relación con un "privilegio" hasta el "derecho a la salud", muestran la diversidad de significados que las participantes han desarrollado a partir de sus experiencias y cercanía con dichos servicios, sin embargo, algunas muestran mayor comprensión y una visión integral sobre los servicios de salud básicos y los programas

que contribuyen al cuidado y mejoramiento de su salud durante el embarazo.

Algunas participantes presentan dificultad en comprender el término de servicios de salud maternos, lo que refleja la necesidad de mejorar la comunicación y la educación sobre estos temas para promover el reconocimiento del derecho a la salud que tienen, sin distinción ni discriminación alguna.

"Es como que nos dejen entrar a todos los servicios de salud. Incluyendo como por ejemplo nutrición. Que nos dejen hacer parte de todos los programas" E1.

"Que tienes la libertad de tomar y asistir a los servicios médicos" E2

"Que nos brindan apoyo y nos pueden atender más fácil" E7.

"Que es algo prioritario, es algo sin barreras. O sea, es como tener el privilegio de acceder a toda la salud" E11

En términos generales, se puede deducir dentro de las diferentes descripciones compartidas, que el acceso a los servicios de salud materna se relaciona como una forma de apoyo y acompañamiento que les puede permitir ingresar o utilizar cada uno de los servicios de salud.

6.2.2 Subcategoría 2: servicios de salud materna

La mayoría de las mujeres gestantes entrevistadas han asistido a los servicios de salud tales como: médico general, control prenatal, ginecoobstetricia, nutrición, psicología y odontología. Es importante destacar que pocas participantes mencionan la vacunación, las imágenes diagnósticas (ecografías), farmacia, laboratorio, ni los talleres de preparación materna como servicios de salud. Esto podría indicar un conocimiento escaso de la atención integral de la Ruta Materno Perinatal, lo que podría implicar que deja de recibir servicios que son necesarios durante el embarazo. Algunas participantes mencionan la asistencia a cursos para la preparación materna.

"[...] diferentes especialidades, como nutrición, psicología, odontología, control prenatal, obstetricia, ecografías. Esos son todos los programas a los que he asistido aparte de los cursos" E1.

" [...] he estado en nutrición, he estado también en psicología, he estado en el control prenatal, me han hecho ecografías, he estado también con el obstetra y en los cursos de maternidad" E8.

"obstetra, psicólogo, nutricionista, médico general, farmacia y laboratorio" E10.

Se evidencia que, en algunos casos, las gestantes no tienen acceso gratuito a los servicios de salud, por diversas situaciones de pobreza no se encuentran aseguradas al sistema de salud y cuando lo está, las EPS no dan la autorización oportuna para los servicios de ayudas diagnósticas y ginecobstetricia. En el caso de acceder a los servicios de ayudas diagnósticas como lo son las ecografías y toma de muestras, estas se ven en la obligación de pagarlas en otra IPS considerando que estas pueden ser más asequibles económicamente, sin embargo, en el caso del servicio de ginecobstetricia la única oportunidad que tienen es insistir para poder obtener una cita.

"Las ecografías y los exámenes de laboratorio, yo hago el pago, para que no se me pase el tiempo de la ecografía y los exámenes de laboratorio, porque tengo que madrugar mucho, y como yo vivo aquí en Bello, no me sirve porque pierdo el viaje, y aparte que pierdo el viaje, pierdo pasajes en taxi. Entonces, no puedo"E3.

"A mí al principio me han mandado una ecografía, creo que la del primer trimestre y me tocó pagar porque nunca conseguí cita"E9.

No obstante, las gestantes destacan aspectos positivos relacionados con las citas médicas de control prenatal. La mayoría de las gestantes señala que este proceso es eficiente y resaltan la prioridad que les da la institución por ser gestantes, estas citas se pueden obtener inmediatamente después de salir de consulta. Además, destacan la importancia del personal auxiliar administrativo, encargada de agendar las citas, quien atiende con amabilidad y eficiencia a las maternas.

"[...] la verdad, acá en METROSALUD hay mucha prioridad para la materna, entonces cuando uno sale de la cita de control prenatal, que nos pone toda la papelería para las citas que requerimos en el mes" E1.

"Mayormente nosotras las gestantes nos relacionamos con la auxiliar administrativa, que es la secretaria que se mantiene con todo de maternas, una excelente persona, muy amable, muy cariñosa, muy atenta. Si no está la programación de la cita porque está muy full o porque no le han dado todavía la agenda para que ella asigne las citas, ella misma nos llama y nos dice para cuándo quedo la cita"E11.

"Cuando salgo de control inmediatamente me dirijo hacia la auxiliar administrativa y ella me programa las citas. Cuando de pronto no hay agenda,

ella se queda con el numerito y cuando abren agenda, ella manda la información"E12.

Por otro lado, algunas participantes señalan haber tenido varias dificultades con las citas, siendo un factor común entre la mayoría, la programación inoportuna de servicios especializados, principalmente los de ginecobstetricia, lo cual, afecta el seguimiento necesario durante el embarazo.

Las dificultades económicas también juegan un papel importante. Las participantes mencionan que el transporte representa un obstáculo para asistir a sus citas, debido a los altos costos de éste, en especial, para aquellas que viven lejos de la Unidad Hospitalaria y que no es fácil caminar largas distancias por su estado.

Con relación a la frecuencia de los controles, varía de acuerdo con la edad gestacional, aunque son pocas las maternas que muestran una adherencia consistente a los controles. En algunos casos, las mujeres que ingresaron tardíamente al programa reciben citas continuas para asegurar una adecuada vigilancia y control de su embarazo. Es importante destacar que la variabilidad en la frecuencia de los controles puede deberse a diversos factores relacionados a embarazos no planificados, dificultades para acceder sistema de salud por no encontrarse asegurada y no tener acceso a información veraz para asistir a los diferentes puntos de atención.

En promedio, las gestantes entrevistadas han asistido a cinco (5) controles prenatales. Sin embargo, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que se realicen un mínimo de ocho (8) controles durante el embarazo. En estos casos, hay un alejamiento de las recomendaciones internacionales, a pesar, que las gestantes son conscientes de la importancia de asistir a los controles y se esfuerzan por mantener un seguimiento regular en la medida de lo posible.

En términos generales, la mayoría de las gestantes consideran que la información recibida es adecuada y suficiente. Muestran satisfacción por la información clara y detallada dada por los diferentes profesionales que las atienden. Además, cuando no comprenden la información inicial, las pacientes pueden acudir a la persona que les asigna las citas para obtener aclaraciones adicionales asegurando que la información sea completamente comprendida.

Las gestantes comentan que los profesionales que las atienden insisten en la importancia de asistir a todas las citas y se aseguran de que comprendan los procedimientos y cuidados necesarios durante el embarazo. La información proporcionada sobre la salud de sus bebés les tranquiliza y genera una sensación de seguridad y confianza.

"La primera vez que estuve en revisión, me explicaron todos los procedimientos a los que se debe asistir, al menos, a uno que es primerizo hay muchas cosas que uno no sabe, así que te ponen al tanto de las afectaciones que te pueden dar" E1.

"[...] de hecho hay una de las doctoras que todo lo explica como en el papelito lo que necesita "E12.

Se pueden identificar algunas experiencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud materna en la Unidad Hospitalaria (UH) Manrique y la recurrencia de asistir al Centro Integral de Servicios Ambulatorios para la Mujer y la Familia (CISAMF), la cual se ubica en la comuna 4-Aranjuez. Un aspecto relevante es la centralización de la mayoría de los servicios especializados en la Unidad Hospitalaria, sin embargo, en el caso de la realización de las ecografías anatómicas y los estudios Doppler suelen realizarse en el CISAMF, lo que obliga a las gestantes a desplazarse fuera de su comuna de residencia. Igualmente, esta Unidad Hospitalaria es la única que cuenta con un servicio de urgencias enfocado a la atención materna, lo que obliga a las gestantes habitantes de otras comunas, desplazarse a este lugar, exponiéndose a un riesgo mayor.

La ubicación geográfica y los medios de transporte disponibles juegan un papel esencial en el momento de acceder a los servicios requeridos. Para aquellas que residen cerca de la UH Manrique, el acceso a los servicios maternos resulta relativamente sencillo. Algunas gestantes mencionan que pueden desplazarse caminando o en transporte público, lo cual, les toma entre 10 a 15 minutos. Esta proximidad facilita la asistencia a las consultas y procedimientos necesarios, disminuyendo la carga financiera del desplazamiento.

Sin embargo, no todas las gestantes tienen la misma facilidad de acceso. Aquellas que viven en otras comunas diferentes a Manrique o en la periferia de esta o en otros municipios, reportan tiempos de viaje más largos, que pueden variar de 30 a 45 minutos en promedio, dependiendo del flujo vehicular y el medio de transporte utilizado. El uso del Metro y el taxi son comunes para acortar los tiempos de desplazamiento, aunque implican mayores gastos. En los casos en que las gestantes pertenecen a

otras comunas diferentes a Manrique o Municipios aledaños a Medellín, la necesidad de tomar varios buses también añade una carga económica para esta y su familia.

"Todos los procedimientos han sido en la UH Manrique y solo para las ecografías me he trasladado para CISAMF" E1.

"Tengo que agarrar dos buses y a veces cuando se me ha dificultado mucho para venir ya me tengo que venir en taxi. Pero es más gasto, más plata" E11.

" Para ver si pueden colocar urgencias especializada en maternas más cerca de la casa, porque pues en una emergencia ir a Manrique es como que muy complicado. Uno no sabe qué le puede pasar"E7.

6.2.3 Subcategoría 3: Calidad de los servicios de salud

En cuanto a la atención en salud materna de la Unidad Hospitalaria se considera oportuna, de calidad e integral en cuanto a los servicios necesarios para acompañar esta etapa de la vida. A partir de las experiencias compartidas por las gestantes, se observa que el personal de salud ha brindado una buena orientación sobre diversos procedimientos y aspectos relevantes para la salud materna.

Los talleres de "familias gestantes" implementados en la Unidad Hospitalaria son particularmente valorados por su utilidad en informar a las gestantes sobre los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que experimentarán durante su embarazo. Estos talleres abarcan temas como nutrición, psicología, planificación familiar y vacunación. Las charlas también enseñan aspectos prácticos como el cuidado del bebé, la lactancia y el parto humanizado, respetando siempre las decisiones individuales de cada mujer.

Las participantes consideran que las atenciones y la información brindada por el personal de salud han sido muy adecuadas, lo que ha permitido un mejor cuidado durante el embarazo. Se destaca la importancia de llevar un control riguroso durante el embarazo y recalcan que este cuidado no solo debe ser durante la gestación, sino también como una práctica continua para mantener una buena salud. En este sentido, mencionan que todos los especialistas que las han atendido les ofrecen consejos y atenciones que les han servido mucho.

Las gestantes evidencian, que la institución prestadora de servicios de salud tiene como prioridad la atención de las maternas, razón por la cual, la mayoría de las gestantes perciban y expresen que la atención ha sido "buena" o "muy buena", utilizando términos como "perfecta", "completa" y "excelente". Indicando que, en general, se sienten bien atendidas y cómodas con el cuidado que reciben en dicha institución.

"Definitivamente pienso que el servicio hacia nosotros las embarazadas es extremadamente bueno. Porque todo lo encuentras allí, las personas son muy amables y siempre están pendientes de uno" E12.

En cuanto a la impresión general de la institución hospitalaria, las gestantes resaltaron algunos aspectos acerca de la Unidad Hospitalaria, la amplitud de la infraestructura, la variedad de especialidades disponibles y la limpieza general de las instalaciones. Factores que contribuyen significativamente a una percepción positiva de la atención y los servicios ofrecidos en la unidad.

"Muy buena. Muy grande todo este centro de salud, acá se encuentra todos los médicos" E4.

"[...] es como más grande y tiene más especialistas y todo eso a diferencia que en los otros centros "E8.

Sin embargo, entre las respuestas de las participantes, se percibe una saturación en las salas de espera de la unidad hospitalaria. Las sillas disponibles son escasas, obligado a las gestantes a sentarse en el suelo o permanecer de pie. Las salas de espera son ocupadas por adultos mayores y mujeres embarazadas, que las requieren, no hay sillas preferenciales, convirtiéndose en un factor negativo.

"Deberían acomodar más sillas porque asisten muchos adultos mayores y demasiadas mujeres embarazadas, porque uno es ahí parado esperando que alguien se pare para uno poderse sentar" E1.

"cuando hay mucha gente, sí le toca a uno esperar parado, las sillas nunca sobran y las personas son sentadas en el suelo o paradas" E6.

"la sala de espera me estresa un poco porque hay mucha gente" E7.

Las participantes consideran que en general, la limpieza y los espacios de la Unidad Hospitalaria son adecuado, a excepción de los baños. Según las maternas no es adecuada la limpieza, permanece mojado el piso, se siente mal olor. Puede en parte debido al mal uso inadecuado de algunas personas o que la frecuencia de la limpieza es escasa. Sin embargo, los

consultorios y demás áreas se mantienen limpios y organizados debido al esfuerzo constante del personal de aseo.

"Lo único que a mí no me gusta de allá (institución) es la higiene de los baños, porque por lo menos las veces que yo he ingresado, me ha parecido muy sucia la higiene de allá, porque siempre está sucio el piso, siempre huele mal el baño [...]" E3.

"De igual manera hay personas que no ayudan tampoco, la cultura tampoco ayuda" E5.

"La única que de pronto no me parece muy acorde es los baños. Pero me imagino que debe ser por lo que hay demasiada gente, porque no todo el mundo tiene la precaución de utilizarlo de la mejor manera" E12.

Se identifican unas barreras como la poca capacidad del servicio de urgencias, la obtención de citas especializadas y otros exámenes, que en ocasiones las obliga a pagar servicios privados para no interrumpir su proceso y garantizar los procedimientos necesarios para llevar un embarazo sano. También se presentan problemas logísticos y administrativos, que obligan a las maternas a madrugar y estar en la unidad médica varias horas antes de la apertura del área de ayudas diagnósticas y laboratorio sin garantía de conseguir la atención ese día, aspecto que las gestantes lo perciben de forma negativa.

"En cuanto llegué a urgencias, [...] uno de los que facturaba nos faltó al respeto horriblemente [...] porque ese señor nos dijo que no nos podían dar la atención gratuita porque los mexicanos no tenemos derecho a la atención gratuita a excepción de las personas con nacionalidad venezolana [...] También me dijo que si estaba en embarazo por qué no planifiqué dentro de mi país [...]" E2.

"En laboratorio hay que agarrar el ficho. La última vez me vine a las 4 a.m. porque siempre me venía a las 5 a.m. pero la última vez casi no alcanzo" E10.

"me estaban haciendo seguimiento porque tenía crecimiento fetal muy pequeño. Entonces me estaban dando las citas como cada 15 días" E11.

7. Discusión

En el contexto donde viven las mujeres gestantes entrevistadas, se logra conocer algunas características sociodemográficas como la edad, estado civil, nivel educativo y ocupación, que actúan como factores condicionantes e influyen en su capacidad para acceder a los servicios de

salud materna. La mayoría tienen como ocupación ser amas de casa y, por lo tanto, dependientes económicos de sus parejas o familiares. Este contexto implica enfrentar barreras económicas y logísticas, aspectos que según Andersen y Aday³⁶, son fundamentales para determinar el acceso a los servicios de salud. Además, la deficiencia en la cobertura de la Ruta Materno Perinatal dentro de la Unidad Hospitalaria es un aspecto complejo actualmente, puesto que, en varios momentos las mujeres han sido remitidas a otros centros de salud para obtener los servicios de imagenología, laboratorio o por no disponibilidad de agenda.

Se identifican que la gran mayoría de mujeres gestantes viven en unión libre. Esta situación les brinda un importante apoyo emocional y económico, lo que puede facilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud, teniendo en cuenta que la mayoría indicaron ser amas de casa y también destacar la importancia de lo significativo que podría llegar ser para una mujer gestante contar con el apoyo emocional de su pareja durante esta etapa de su vida. Este aspecto es consistente con lo señalado por Rosa Durán y Erwin Hernández,²⁰ quienes destacan la relevancia del acompañamiento de la pareja durante el embarazo. Según estos autores, el apoyo de la pareja no solo mejora el estado emocional de la gestante, sino que también fortalece los vínculos afectivos, contribuyendo así a una experiencia prenatal más positiva y accesible. Igualmente son factores que se entrelazan con el abordaje tan amplio que se discute con la terminología de "acceso", según Andersen y Aday.

Más de la mitad de las gestantes tuvieron un ingreso tardío a los controles prenatales ya que sobrepasaban las 12 semanas de gestación en el momento de iniciar con su proceso en la ruta materno perinatal, lo cual es preocupante dado que en Colombia se recomienda realizar una consulta mensual durante el embarazo. En promedio, las mujeres han asistido a cinco controles, y dado que muchas están en etapas avanzadas de gestación, podrían solo alcanzar a recibir uno o dos controles adicionales antes del parto. Este hallazgo es consistente con los datos del ENDS de 2015²³, que indicaron que el 97.5% de las mujeres asistieron al menos a cuatro controles prenatales, advirtiendo que, posiblemente hay un estancamiento en la cobertura de los controles prenatales y la adherencia a estos servicios esenciales.

En términos de ubicación de residencia con relación a la Unidad Hospitalaria, algunas gestantes viven cerca de ella, lo cual, posibilita un desplazamiento cómodo, sin embargo, otras enfrentan barreras importantes relacionadas con el desplazamiento de largos tiempos de

viaje y a los costos asociados con el transporte. Tal como plantea en su investigación, Inés Iagrava¹⁷, las barreras económicas y geográficas pueden afectar significativamente el acceso a los servicios de salud materna y perpetuar la disparidad exclusión dentro de un sistema de salud.

La nacionalidad juega un rol importante en la adaptabilidad de los servicios de salud materna y dentro de la investigación, se observó varias mujeres gestantes extranjeras que asisten a la Unidad Hospitalaria, quienes enfrentan un choque cultural al no dimensionar la importancia de acceder a todos los servicios de salud materna porque los sistemas de salud varían en su aplicabilidad en cada país. Por ejemplo, en el caso de Venezuela, allí las mujeres gestantes le dan mayor relevancia a la realización de ecografías y asistencia a los controles prenatales. Este punto se puede relacionar con el planteamiento de Panchansky y Thomas³⁵ sobre la aceptabilidad, que resalta la importancia de que los servicios de salud sean cultural y socialmente adecuados para los usuarios. Aspectos que se agravan para las mujeres extranjeras, quienes enfrentan dificultades adicionales relacionadas con las terminologías o modismos en el momento de brindarles información específica.

La mayoría de las mujeres gestantes, se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, en el régimen subsidiado, pero otras no están aseguradas. Indicando limitaciones económicas y administrativas que afectan la capacidad de pago de los servicios, especialmente, cuando no son autorizados oportunamente por las EPS, o no tienen agenda para la programación de las citas, forzando a las mujeres gestantes a incurrir en gastos de su bolsillo. Dichos resultados concuerdan con lo expuesto por Paula Rivera, Rocío Carvajal Barona, Julio Solarte, Fernando Arango y Jorge Valencia,⁵¹ los cuales plantearon que unas de las barreras que aumentan el riesgo de la atención son la tramitología y los bajos ingresos, resaltando que estos afectan a las gestantes subsidiadas principalmente.

En concordancia con los autores del párrafo anterior, el estudio revela un alto grado de satisfacción entre las participantes, basado en la percepción positiva del trato recibido por parte del personal de salud. Las entrevistadas destacan la amabilidad y paciencia del personal, con especial énfasis en el papel del auxiliar administrativo, quien se distingue por su eficiencia y compromiso al asignar citas. Además, la prioridad otorgada a las mujeres gestantes en la atención dentro de la unidad hospitalaria, caracterizada por empatía y cordialidad, contribuye

significativamente a mejorar la experiencia general de las mujeres gestantes.

8. Conclusiones

Se evidenció con las entrevistadas que hay una prevalencia de mujeres extranjeras lo que se relaciona con el movimiento migratorio que se ha venido presentando en los últimos 4 años en la ciudad de Medellín.

Las mujeres gestantes no comprenden lo que es y lo que conlleva el acceder a los diferentes servicios de salud maternos y a pesar de algunas dificultades presentadas consideran que la atención es de calidad.

Las gestantes en general perciben el acceso a los servicios de salud materna como una experiencia positiva, valorando la información clara y el apoyo recibido por parte del personal de salud. Sin embargo, también existen críticas sobre las condiciones de las instalaciones, como la saturación en las salas de espera y la limpieza de los baños.

Si bien la Unidad Hospitalaria de Manrique es un referente para la atención especializada de mujeres gestantes, la falta de disponibilidad en la agenda para acceder a servicios especializados y ayudas diagnósticas obliga a las gestantes a desplazarse a otros centros o a pagar por dichos servicios. Además, la centralización de los servicios aumenta la carga económica, especialmente para aquellas que viven fuera de la comuna, donde se asienta la unidad hospitalaria.

9. Recomendaciones

Revisar y ajustar los horarios actuales de los servicios maternos especializados y evaluar la posibilidad de organizar turnos adicionales. Así se podría descongestionar un poco las salas de espera y disminuir la posibilidad de que los baños se encuentren sucios a causa del flujo tan alto de personas.

Desarrollar estrategias que promuevan los derechos en salud e informen de manera clara sobre la estructura del sistema de salud nacional, especialmente para las comunidades migrantes.

Implementar un sistema de citas previas para el servicio de laboratorio y ayudas diagnósticas, permitiendo que las mujeres gestantes puedan programar su turno con anticipación. Esto evitaría que tengan que madrugar más de dos horas para conseguir un ficho.

10. Créditos

Mi más sincero agradecimiento a la ESE Metrosalud por su apoyo invaluable en la realización de esta investigación. Su contribución en términos de facilidades logísticas para la recopilación de datos ha sido fundamental para el éxito de este proyecto. Su colaboración ha permitido alcanzar el objetivo de este estudio, el cual espero haga una significativa aportación a este campo de conocimiento.

11. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Título del proyecto: Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios de salud maternos

Investigadora Principal: Andrea Barrientos Correa, estudiante de administración en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

La presente investigación tiene como propósito captar la percepción de mujeres gestantes atendidas en la Unidad Hospitalaria Manrique sobre el acceso a los servicios de salud.

Esta investigación radica de la importancia de analizar el acceso en la atención de los servicios de salud desde la perspectiva de las gestantes.

Con este se quiere apoyar la garantía de un acceso equitativo y libre de barreras donde se mitiguen las disparidades sociodemográficas, económicas, políticas y culturales. Además, la investigación en este campo ayudará a generar evidencia sólida y confiable que respalde la implementación de intervenciones y programas para la atención a mujeres gestantes más efectivos.

Considerando las especificidades de esta investigación, se puede afirmar que no implica un riesgo para las mujeres gestantes participantes, porque, no tiene alguna modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las participantes, además, es importante destacar que las entrevistas han sido diseñadas cuidadosamente para evitar preguntas que puedan generar alteraciones emocionales o físicas en las participantes. Para la recopilación de la información se llevará a cabo una entrevista cuya duración oscila entre una hora u hora y media. Es de suma importancia que cuente con disponibilidad de tiempo. El lugar, el día y la hora de estas entrevistas serán concertadas con cada una de las participantes.

Términos de participación

Yo,..... con documento de identificación CC () NUIP () CE () otro () N° (.....). Actuando como (seleccionar una de las dos opciones siguientes):

() Usuario autónomo, de manera libre y voluntaria, en ejercicio pleno de mis facultades.

() Acompañante o responsable de con documento de identificación TI () N° (.....), según las facultades que me confiere la ley colombiana o por delegación del usuario directamente.

Hago constar que:

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos y procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada "Percepción de Mujeres Gestantes sobre el Acceso a los Servicios de Salud" y los posibles riesgos que se puedan generar del procedimiento, autorizo mi participación o la de la persona bajo mi responsabilidad, en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.

Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:

1. Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.

2. No recibiré algún beneficio en especie ni retribución económica alguna, por la participación en este proyecto, sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los servicios de salud materna y en la ampliación de mi conocimiento acerca de estos servicios.

3. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico.

4. Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los datos personales no pueden estar disponibles para terceras personas como organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones Universitarias. Esto también aplica al cónyuge, miembros de la familia y profesionales de salud tratante de las participantes.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informada a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento para los siguientes procedimientos:

ÍTEMS	SI	NO
Ser entrevistada		
Permitir que la entrevista sea grabada		
Permitir que la entrevista sea transcrita.		
Permitir que partes de la entrevista sean citadas de manera anónima.		
Autorizar que se usen fotografías o videos en caso de que se usen.		

Para dejar constancia de todo lo anterior, firmo a continuación

Fecha

.....
Firma

Anexo 2. Guía de entrevista

Fecha:

Nombre del Entrevistado:

Hora Inicio:

Hora Finalización:

Comuna:

Lugar:

Datos socio demográficos:

Edad:

Estado Civil:

Nivel de Educación:

Ocupación:

Afiliación:

Número de Embarazos Anteriores:

Mes de Gestación Actual:

Percepción

1. ¿Qué entiende por acceso a los servicios de salud materna?
2. ¿Qué servicios de salud materna ha utilizado durante su embarazo?
3. ¿Considera que la calidad de estos servicios es adecuada?
4. ¿Cómo ha sido la programación de las citas de los diferentes servicios de salud materna?
5. ¿A cuántos controles prenatales ha asistido desde su inicio?
6. ¿Considera que ha recibido información adecuada y suficiente sobre el cuidado de su salud durante el embarazo?
7. ¿Cómo percibe la atención en salud que ha recibido?
8. ¿Cuál es su impresión general sobre las instalaciones del hospital?
9. ¿Qué opina sobre la comodidad y la organización de las instalaciones?
10. ¿Cómo describiría la limpieza y adecuación de los diferentes espacios de la institución?
11. ¿Crees que los servicios actuales son adecuados y satisfactorios para las necesidades de las mujeres embarazadas?

Experiencia:

12. ¿Cómo ha sido su experiencia con la institución durante esta etapa?
13. ¿Cómo ha sido el trato que ha recibido por parte del personal durante su embarazo?
14. ¿Ha estado hospitalizada durante esta etapa?
15. ¿Ha tenido que consultar por urgencias durante esta etapa?
16. ¿Cómo ha sido su experiencia al utilizar los servicios de salud materna?
17. ¿Ha tenido dificultades con las citas de sus servicios de salud materna?
18. ¿Ha sido oportuna la atención en la institución?
19. ¿En qué temas (procedimiento) ha recibido orientación por parte del personal de salud?
20. ¿Las atenciones recibidas le han proporcionado mejoría en su salud?
21. ¿Qué desplazamientos debe realizar para acceder a los servicios de

salud materna?

22. ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar?

Sugerencias:

A partir de sus experiencias, preocupaciones y sentires ¿qué tipo de mejora sugiere para la institución que la atiende?

Anexo 3. Acta de inicio



ESE METROSALUD

Programa de Investigación

Acta de Iniciación de Proyecto de Investigación

Título del Proyecto: "Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios de salud".

Investigador Principal: Andrea Barrientos Correa- Investigador principal

Línea de Investigación: Línea 1: Educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública

Acta de Aprobación por el CEI: Acta N° 01-24, con modificaciones menores.

De conformidad con el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la ESE Metrosalud, se suscribe este documento, admitiendo las partes cumplir con los siguientes compromisos:

1. Desarrollar en su totalidad los objetivos generales y específicos del proyecto.
2. Desarrollar los cronogramas y presentar los resultados y productos contenidos en el documento aprobado por el CEI.
3. Dar crédito a la ESE METROSALUD, en todos los productos parciales y definitivos de la investigación.
4. Aceptar como exigibles las reglamentaciones de la ESE, con énfasis en la Política Institucional de Fomento de la Investigación y la Innovación para el Desarrollo de la ESE METROSALUD, y los procedimientos del proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación de la ESE METROSALUD.
5. Aceptar como exigible, la reglamentación interna y la legislación vigente relacionada con la protección de la propiedad intelectual y los derechos de autor, contenidas tanto en la Política Institucional de Fomento de la Investigación y la Innovación para el Desarrollo de la ESE METROSALUD, como en las decisiones 486, 445 y 351 de la Comunidad Andina de las Naciones, la Ley 23 de 1981 y las demás normas complementarias que regulen esta materia y las que las modifique o sustituyan.
6. Informar y declarar de manera anticipada y formal, los conflictos de interés que eventualmente puedan generarse en la ejecución del proyecto, en el entendido de que corresponde al CEI, valorarlos y emitir concepto de aprobación o rechazo.

Edificio El Sacatín –Cra. 50 N° 44 – 27
Conmutador: 511 75 05
Medellín - Colombia





7. Presentar al CEI, con anticipación no menor de cuatro semanas, aquellas modificaciones a la ejecución del proyecto, que los investigadores determinen razonables en el entendido, de que es el CEI el que debe aprobarlas.
8. Definir compromisos y el aporte que hace la ejecución del proyecto a Metrosalud o al área donde se ejecuta.
9. Dejar claro y explícita, la forma como se articula el proyecto con el Modelo de Prestación de servicios de Metrosalud
10. Especificar los productos y compromisos que quedarían al finalizar el proyecto como beneficio para la ESE, igualmente al desarrollar este proyecto debe quedar una propuesta de mejora o intervención para el grupo intervenido durante el proyecto, que sirva para fortalecer los procesos organizacionales por medio de la gestión del conocimiento derivada de la investigación.
11. El proyecto debe finalizar en el mes de julio 2024, durante el periodo de ejecución de debe presentar informe de avance cada dos meses y el informe final con los resultados ante el comité de ética en investigación en el mes de septiembre de 2024; en caso de no cumplir con los informes se realizará un bloqueo con el manejo de la información y el acceso a los usuarios que impide finalizar, presentar o publicar los resultados.
12. Todas las publicaciones que se vayan a realizar derivadas del estudio deben ser informadas a la ESE para verificación de la información que se va a publicar y para el control de publicaciones en las que interviene la ESE.
13. La ESE Metrosalud no dispone de asignación presupuestal para los proyectos de investigación, por lo tanto, se asignará como coinvestigadora a la Doctora Yeimi Pérez Collante, coordinadora asistencial de la UPSS Manrique, con una disponibilidad de 4 horas a la semana hasta finalizar el proyecto.

Para constancia de aceptación firman, en Medellín el día 23 de abril de 2024.

AURA MARIA GUTIERREZ MARTINEZ

Profesional Especializado
ESE Metrosalud

LUZ MERY MEJIA ORTEGA

Jefa del Departamento Académico de Ciencias Específicas
FNPS - Universidad de Antioquia

ANDREA BARRIENTOS CORREA

Investigador Principal
Universidad de Antioquia

Edificio El Sacatín –Cra. 50 N° 44 – 27
Conmutador: 511 75 05
Medellín - Colombia



Alcaldía de Medellín
Dirección de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Anexo 4. Acta de reunión de claridades



Acta de reunión para aclarar algunos apartados del acta de inicio del trabajo de grado de la estudiante Andrea Barrientos en la ESE METROSALUD

Fecha: jueves 9 de mayo de 2024

Participantes:

Aura María Gutiérrez, Líder de Investigación ESE Metrosalud

Luz Mery Mejía, Jefa del Departamento Académico de Ciencias Específicas de la FNSP

Andrea Barrientos, estudiante programa Administración en Salud

Blanca Miryam Chávez, asesora de Trabajo de Grado FNSP

Diana Isabel Cano, Asistente del Centro de Investigación FNSP

Inicia a las 8:10 finaliza a las 8:50

Se revisa el acta propuesta por el Comité de Ética de METROSALUD para dar inicio al trabajo de grado de la estudiante Andrea Barrientos, del programa Administración en Salud. Los puntos específicos del acta revisados y aclarados son los siguientes:

“3. La ESE METROSALUD no dispone de asignación presupuestal para los proyectos de investigación, por lo tanto, se asignará como coinvestigadora a la doctora Yeimi Pérez Collante, coordinadora asistencial de la UPSS Manrique, con una disponibilidad de 4 horas a la semana hasta finalizar el proyecto.” Según el reglamento estudiantil de trabajo de grado de los pregrados de la FNSP, no existe un impedimento para la participación de un coinvestigador por parte de la Institución. No obstante, se debe dejar claro su vinculación y aportes en el desarrollo del trabajo. Para ello, se tendrá un encuentro entre la Asesora, la Estudiante y el Coinvestigador para definir las funciones.

“10. Especificar los productos y compromisos que quedarían al finalizar el proyecto como beneficio para la EE, igualmente al desarrollar este proyecto debe quedar una propuesta de mejora o intervención para el grupo intervenido durante el proyecto, que sirva para fortalecer los procesos organizacionales por medio de la gestión del conocimiento derivada de la investigación.” Se aclara que, según los hallazgos encontrados en el desarrollo del trabajo de grado, se dejará un acápite en el documento final en el que se definan las sugerencias y recomendaciones a la Institución frente a los hallazgos.

“13. Dar crédito a la ESE METROSALUD en todos los productos parciales y definitivos de la investigación.” En el documento del final del trabajo de grado se deberán dar los créditos a la ESE Metrosalud por permitir el desarrollo del trabajo de grado en la institución.

Adicionalmente, sobre el tema de las publicaciones posteriores, se deja claro que la ESE METROSALUD podrá elaborar y publicar productos de nuevo conocimiento y de apropiación social del conocimiento con los resultados del trabajo de grado.

Esta acta se anexa al acta de inicio y se firma por las personas presentes en la reunión.

Firmas:

Aura María Gutiérrez, Líder de Investigación ESE Metrosalud



Luz Mery Mejía, Jefa del Departamento Académico de Ciencias Específicas de la FNSP



Andrea Barrientos, estudiante programa Administración en Salud. Investigadora principal



Diana Isabel Cano Gil, Asistente Centro de Investigación

Departamento Ciencias Específicas • Facultad Nacional de Salud Pública
Dirección: Calle 62 # 52-59 Oficina 300
Teléfono: +57 604 219 68 40 • **Correo:** departamentocce.fnbsp@udea.edu.co
<https://bit.ly/SaludPublicaUdeA> • Medellín, Colombia

12. Referencias

1. ¹ Cáceres- F, Molina G, Ruiz M. Maternidad: un proceso con distintas matices y construcción de vínculos. Aquichán [Internet]. septiembre de 2014 [citado el 16 de junio de 2023]; 14(3): 316-326. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300004
2. Medline Plus. Edad Gestacional. [Internet]. 2021. [Consultado Jun 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La%20gestaci%C3%99>
3. ³Organización Mundial de la Salud [Internet]. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Ginebra: OMS; 2016. [Consultado Jun 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
4. ⁴ Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet] New York: Asamblea de Naciones Unidas; 1981 [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf
5. ⁵Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos [Internet]. Washington. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7512.pdf>
6. ⁶ Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. [Internet]. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. ⁷Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra. [Internet]. 2016. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1064196/retrieve>

8. ⁸ Ley estatutaria, 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C: Congreso de la Republica. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
9. ⁹ Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en salud. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
10. ¹⁰ Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
11. ¹¹ Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
12. ¹² Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan lo lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Protección para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
13. ¹³ Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el caribe. [Internet]. 2023. [Consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america#:~:text=Washington%20DC%2C%208%20de%20marzo,mortalidad%20materna%2C%20cuya%20raz%C3%B3n%20se>
14. ¹⁴ Landini F, Cowes VG, Bianqui V, Logiovine S, Vázquez J, Viudes S. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. Rev. Saúde Soc [Internet]. 2015 [Consultado 10 Jun 2023]; 24(4):1151–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137239>
15. ¹⁵ González-Cowes VL, Landini FP. Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. Rev. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [Consultado 10 Jun 2023]; 23(8):2741–50. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CFXJcyDXFzcnPGX5G7tmwHz/?format=html&lang=es>

16. ¹⁶ Enríquez Y. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022; 46:e47. [Consultado 10 Jun 2023] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9186097/>
17. ¹⁷ Moran R, López F, Pérez A. Demoras en atención materna y complicaciones hipertensivas en el Hospital Sabogal, Callao, Perú, 2021. Estudio de casos y controles. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2021 [Consultado 10 Jun 2023] ; 72(4): 356-367. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342021000400356
18. ¹⁸ Rivera M, Burgos N, Gómez J, Moquillaza V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2018 [Consultado 10 Jun 2023]; 79(2): 131-137. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000200005
19. ¹⁹ De Santis O. inequidad en el acceso a los servicios materno infantil. ANÁLISIS [Internet]. 2008. Rev. Perspectivas. [Consultado 10 Jun 2023] 22: 111- 132. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4259/425942158004.pdf>
20. ²⁰ Lagrava I. Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud [Internet]. 2017. CEPAL. [Consultado 10 Jun 2023]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41961/03_Lagrava_104A.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. ²¹ Mora G, Cusihuamán A, Delasnive I. Análisis situacional de muertes maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018. Rev. Salud Pública Parag. [Internet]. 2020 [Consultado 10 Jun 2023]; 10(1): 10-22. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492020000100010
22. ²² Mancuello J. Para una Maternidad Segura en Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. [Internet]. 2015 [Consultado 10 Jun 2023]; 5 (1): 26-32. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905197/26-32.pdf>
23. ²³ Suárez E. Factores facilitadores y barreras del acceso a la atención materno-perinatal de las mujeres usuarias de una Empresa Social del Estado (E.S.E.) en Cundinamarca. [Internet]. Tesis de Maestría. Cundinamarca: Universidad de la Sabana 2022. [Consultado 10 Jun 2023]. Disponible en: <https://intelectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/55222/TESIS%20ERIKA%20SU%C3%81REZ%20NOVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. ²⁴ García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev.fac.med. [Internet]. 2017 [Consultado 10 Jun 2023].; 65(2): 305-310. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112017000200305#:~:text=Dentro%20de%20los%20determinantes%20del,servicios%20de%20salud%20%2C3.
25. ²⁵ Hoyos L., Muñoz L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2019 [Consultado 10 Jun 2023]; 21(1): 17-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000100017

Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios de salud. Unidad Hospitalaria de Manrique-ESE Metrosalud. Medellín, 2024

26. ²⁶ Cuadros unificados de nacimientos en el periodo de 2022. DANE. [Internet]. [Consultado el 10 Jun 2023] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2022>
27. ²⁷ Secretaría de Salud. Medellín Me Cuida Salud. [Internet]. 2022. [Consultado el 10 Jun 2023] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10621-Medellin-Me-Cuida-Salud>
28. ²⁸ Hernández M. Con atención para madres gestantes y lactantes, Medellín cumple el Plan Decenal de Lactancia Materna y propone estrategias complementarias. [Internet]. Secretaría de Salud, 2022. [Consultado el 10 Jun 2023] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/con-atencion-para-madres-gestantes-y-lactantes-medellin-cumple-el-plan-decenal-de-lactancia-materna-y-propone-estrategias-complementarias/>
29. ²⁹ Medellín como vamos. Informe <https://www.medellincomovamos.org/sites/default/files/2020-01/documentos/Informe%20de%20indicadores%20objetivos%20sobre%20c%C3%B3mo%20vamos%20en%20salud%2C%202018..pdf>
30. ³⁰ Metrosalud mantiene indicador de cero muertes durante embarazos gracias al Modelo de Maternidad Segura. Alcaldía de Medellín, 2020. [Consultado el 10 Jun 2023] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/metrosalud-mantiene-indicador-de-cero-muertes-durante-embarazos-gracias-al-modelo-de-maternidad-segura/>
31. Naciones Unidas. [Internet] Declaración Universal de Derecho Humanos: Artículo 25. Derecho a la Salud. [Consultado 04 Jul]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
32. Asamblea General de las Naciones Unidas. [Internet]. Resolución 2200 de 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Consultado 04 Jul]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant->
33. ONU Mujeres. Declaración y plataforma de Acción de Beijing. [Internet]. 2014. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>
34. ONU Mujeres. Declaración y plataforma de Acción de Beijing. [Internet]. 2014. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>
35. Ministerios de Salud y Protección Social. Salud Materna. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>
36. Constitución política de Colombia. Bogotá, D.C: Congreso de la Republica; 1991. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>
37. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 6 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

38. Ley 2244 de 2022. por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departamental, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 6 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=To%20las%20mujeres%20en%20proceso,y%20a%20su%20condici%C3%B3n%20de%20salud>.
39. Ley 2244 de 2022. por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo departamental, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. [Consultado 6 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=189347#:~:text=To%20las%20mujeres%20en%20proceso,y%20a%20su%20condici%C3%B3n%20de%20salud>.
40. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2016. [Consultado 04 Jul 2023]; 32(5): 1-15. Disponible en: <https://scielo.br/j/csp/a/8ByfWDRm6kqpTrxXp5ZTG6M/?format=pdf&lang=es>
41. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Internet]. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona; 2009. [Consultado 04 Jul]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>
42. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe técnico 11. [Internet]. 2019. [Consultado 04 jul 2023]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%2011%20acceso%20a%20servicios%20en%20salud%20en%20Colombia.pdf>
43. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal. [Consultado 04 jul 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20de>
44. Organización Mundial de la Salud. Salud materna. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-health>
45. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud materna. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/topics/salud-materna>
46. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS presenta modelo de legislación sobre salud reproductiva y maternidad saludable conforme a las normas de derechos humanos. [Internet] 2013. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9194:2013-paho-who-model-legislation-reproductive-health-human-rights&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
47. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna. [Internet]. 2022. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20Materna%202022.pdf

48. Unicef. Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. [Internet]. 2023. [Consultado 05 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>
49. **Metrosalud. Informe de gestión 2022.** Consultado 6 Jul 2023]. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/transparencia/informes-de-gestion>
50. Tatal L, Rodríguez V, Buitrón E, Ortega D, Zúñiga L, Gonzáles E, Merchancano C, Rivera H. [Internet]. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev Peru Ginecol Obstet. [Consultado 10 Jun 2023]. 2019;65(2):157162. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000200004&lang=es
51. Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arango F, Valencia J. [Internet]. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. Hacia Promoc. Salud. 2014 [Consultado 10 Jun 2023]; 19(1): 84-98. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000100007&lang=es
52. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. 5 ed. México: McGraw-Hill 2006. p 850.
53. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. 2016. Disponible en: <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-health-related-research-involving-humans/>
54. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 De 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993

