

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES GESTANTES
QUE INGRESAN EN LA IPS CEC SANTA HELENA DE LA CIUDAD DE PALMIRA



DIANA CAROLINA VÉLEZ
MAGDA NICOL LOZANO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
CALI, VALLE DEL CAUCA
2020

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES GESTANTES
QUE INGRESAN EN LA IPS CEC SANTA HELENA DE LA CIUDAD DE PALMIRA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

DIANA CAROLINA VÉLEZ
MAGDA NICOL LOZANO

DIRECTOR:
JUAN CARLOS MILLÁN

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
CALI, VALLE DEL CAUCA
2020

Resumen:

Se efectuó una investigación a la IPS CEC Santa Helena con el fin de identificar las posibles barreras de acceso al servicio de control prenatal por parte de las pacientes e identificar su incidencia en las cifras de morbilidad materna del municipio de Palmira. Para ello se solicitó información a la IPS acerca de las pacientes del centro y se solicitó permiso para efectuar una encuesta donde se les preguntara por las barreras percibidas. La investigación concluye que, aunque en la IPS no hay reposte de ingresos tardíos relacionado con barreras, las pacientes suelen identificar algunos problemas a la hora de acceder al servicio. Dentro de estos se presenta la falta de dinero, la falta de acompañamiento familiar en el proceso y la identificación de barreras administrativas. Se propone mejorar las estrategias de sensibilización sobre el servicio que resalte sus beneficios desde edades tempranas de la comunidad.

Palabras clave: morbilidad ,mortalidad materna, barreras de acceso, atención prenatal, factores de riesgo, Mantenimiento del embarazo

Abstract:

An investigation was carried out to the CEC Santa Helena IPS in order to identify the possible barriers of access to the prenatal control service by the patients and to identify its incidence in the figures of maternal morbidity of the municipality of Palmira. To this end, information was requested from the IPS about the patients in the center and permission was requested to conduct a survey asking them about the perceived barriers. The investigation concludes that, although there is no late income refill related to barriers in IPS, patients can identify some problems when accessing the service. These include the lack of money, the lack of family support in the process and the identification of administrative barriers. It is proposed to improve awareness-raising strategies about the service that highlight its benefits from an early age in the community.

Keywords: morbidity, maternal mortality, access barriers, prenatal care, risk factors

CONTENIDO

Índice de Figuras	iii
Índice de Tablas	iv
Introducción	1
1. Estado del arte	5
2. Planteamiento del problema	9
2.1. Pregunta de Investigación	11
3. Justificación	12
4. Objetivos.....	15
4.1. Objetivo general.....	15
4.2. Objetivos específicos	15
5. Marco teórico y conceptual.....	16
5.1. Morbilidad materna y Mortalidad.....	16
5.1.1. Morbilidad materna extrema.....	17
5.2. Acceso a servicios de salud.....	20
5.3. El control prenatal.....	25
5.4. IPS CEC Santa Helena.....	27
5.5. Morbilidad materna en Palmira	28
5.6. Marco ético	29

6.	Metodología.....	30
6.1.	Tipo de Investigación.....	30
6.2.	Tipo de Diseño.....	31
6.3.	Población.....	31
6.3.1.	Estrategia de muestreo.....	32
6.4.	Respecto a la revisión bibliográfica.....	33
6.5.	Operacionalización de variables.....	34
6.6.	Instrumento de captura de información.....	35
6.6.1.	Estructura de la encuesta.....	36
6.7.	Fases de la investigación.....	37
6.8.	Plan de análisis.....	37
7.	Resultados.....	38
7.1.	Estadísticas de IPS CEC Santa Helena.....	38
7.2.	Resultados de las encuestas.....	41
7.3.	Actividades llevadas a cabo por la IPS.....	45
8.	Conclusiones y Discusión.....	47
9.	Referencias.....	50
10.	Anexos.....	56
10.1.	Anexo 1.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-1 Falencias que promueven la barrera económica de acceso al servicio de salud	6
Figura 5-1 Clasificación de embarazos y tipos de morbilidad materna.....	18
Figura 5-2 Desenlaces de embarazo según complicaciones.....	19
Figura 5-3 Criterios de clasificación de embarazo en morbilidad extrema.....	20
Figura 5-4 Niveles de acceso a servicios de salud	22
Figura 5-5 Accesibilidad como cimiento del Servicio de salud.....	23
Figura 5-6 Ciclo de acceso al uso al servicio de salud por parte del paciente.....	24
Figura 5-7 Porcentaje de casos de morbilidad en Palmira, por edades.....	29
Figura 6-1 Distribución de ingreso al sistema de las pacientes CPN.....	32
Figura 7-1 Ocupación de las pacientes de CPN IPS CEC Santa Helena	39
Figura 7-2 Frecuencia tipos de embarazos IPS CEC Santa Helena.....	40
Figura 7-3 Personas que contestaron la encuesta	42
Figura 7-4 Frecuencia de aparición de barreras percibidas por usuarias	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5-1 Pacientes potenciales de la IPS CEC Santa Helena	27
Tabla 6-1 Definición del tamaño de la muestra.....	33
Tabla 6-2 Variables para el analisis de la información.....	34
Tabla 7-1 Estadísticas descriptivas de las pacientes.....	38

INTRODUCCIÓN

La salud no es considerada como una ausencia de enfermedad. Más bien se debe entender como la sinergia entre lo dicho anteriormente y la capacidad de las personas para el desarrollo completo de su potencial (1,2). Es decir, la salud se convierte en una de las necesidades humanas básicas (3) y en un motor para el desarrollo económico y social de los países (4).

A nivel internacional, se considera que la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental que condiciona la vida del hombre (5). Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud

“La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado” (6).

Es por ello por lo que este tema se enmarca, según la organización que rige la salud a nivel mundial en varios de los objetivos de desarrollo sostenible planteados por la Organización de Naciones Unidas, en adelante ONU (7). Esto principalmente por que se considera como un tema que impacta contextos sociales, económicos y políticos de los países (8).

La ONU planteó una reducción del 75% en el indicador de mortalidad materna respecto a este mismo indicador para el año 1990 (9). A pesar de ello, muchos países no cuentan con políticas claras que permitan la reducción de esta tasa; Colombia no es uno de estos.

Aunque según los estudios, los países en vía de desarrollo son quienes presentan los menores progresos respecto a la reducción de este indicador (7). Colombia se ha empeñado en la elaboración de una ruta de atención y en el planteamiento de estrategias que faciliten la atención de las pacientes gestantes (4).

La maternidad segura es una prioridad en todo el país. Aun cuando el sistema de Salud no esté consagrado como un derecho fundamental sino como un servicio esencial asociado al derecho a la vida (10). Para el año 2017, Colombia contaba con el 94% de pacientes inscritas al control prenatal, sin embargo, este indicador no se relaciona con la poca reducción de la mortalidad materno perinatal en el país (11). Uno de los principales causantes de la mortalidad materno perinatal en el país es el ingreso tardío al programa de acompañamiento y controles perinatales (12).

Esta situación también se hace evidente en el municipio de Palmira en el Valle del Cauca (13,14). Los indicadores de morbilidad y mortalidad materna, aunque aceptables, siguen por debajo del contexto nacional, especialmente por las características del municipio. Por esta razón, el documento propone una investigación que permita identificar las barreras de ingreso a los servicios de Control Prenatal en la IPS CEC Santa Helena ubicada en dicho municipio.

Identificar las barreras que las pacientes encuentran para su ingreso a los servicios de control prenatal le permitirán a la IPS, también a las EPS, plantear estrategias que faciliten el acceso, el conocimiento y la atención de estas pacientes. Esto mejorará los indicadores y, en últimas, la salud de las madres y sus bebés.

Por todo lo anterior, el documento está ordenado de la siguiente manera. En primer lugar, se hace una revisión de antecedentes investigativos y de abordaje conceptual del tema. Con esta revisión fue posible la elaboración del problema de investigación que se presenta en la segunda parte del documento. En tercer lugar, se justifica la investigación.

Posterior a la justificación se plantean los objetivos de la investigación para posteriormente presentar el marco teórico y conceptual.

En el marco teórico y conceptual se presentarán los conceptos necesarios para la investigación como morbilidad y mortalidad materna, Acceso a servicios de salud, control prenatal entre otros. Adicionalmente se hace un contexto a la organización prestadora de salud o IPS llamada IPS CEC Santa Helena. Posteriormente, en este mismo apartado se presentan los fundamentos éticos que se seguirán.

Finalmente, los dos últimos aspectos de este documento presentan en el punto sexto la metodología. En este se describen las fuentes e instrumentos a emplear. Las variables de análisis y el tamaño de la muestra a estudiar.

Dentro de los principales hallazgos se destaca la baja percepción de barreras por parte de las usuarias. Esto está en sintonía con los datos de la IPS.

La IPS no reporta casos de retrasos de ingreso al CPN según sus base de datos. Todos los ingresos posteriores a las diez semanas se presentaron por causas que no pueden considerarse barreras.

El estudio concluye que es necesario replantear las estrategias de socialización de la importancia, la pertinencia y la necesidad de los programas de CPN dado que el número de mujeres que indicaron que no conocen el CPN fue alto. Pareciera que las estrategias de promoción y socialización se centran en actividades internas. El contacto con la comunidad exterior, la comunicación no parece la pertinente.

1. ESTADO DEL ARTE

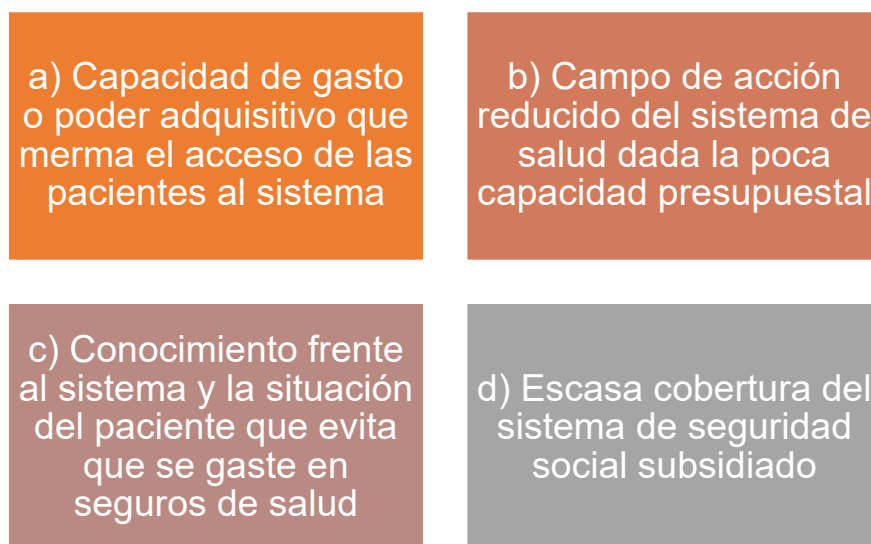
El tema de la salud de las pacientes gestantes es un asunto que ha tomado relevante interés en Colombia, especialmente desde los contextos académicos a partir del final de los años 90 del siglo XX (15). Esto, especialmente después de las conferencias que la ONU promovió durante esa década en todo el mundo para “posicionar la salud sexual y reproductiva (SSR) y los derechos sexuales y reproductivos como requisitos para el desarrollo sostenible y socialmente equitativo” (15). En este sentido, el gobierno nacional buscó alcanzar los estándares exigidos por la ONU para este propósito.

El interés gubernamental por alcanzar los estándares internacionales desencadenó un interés académico por el tema. Esto ha servido como insumo para entender las problemáticas, las fortalezas y las amenazas que tiene la atención a pacientes gestantes en el país. A continuación, se presenta un recuento respecto al análisis académico y las posturas de abordaje del tema, devenido de la revisión documental realizada.

El primer trabajo por resaltar es el de Villegas y Luna (15). En este documento, que es el más lejano encontrado en las bases de datos, se clasifica a la salud materna como un reto para el país. Los estándares y los indicadores nacionales, para inicios del siglo XXI se encontraban muy distantes de los dictaminado por la ONU. Ello

principalmente por los problemas económicos y la adaptación del naciente sistema de salud del país. Sistema que hoy en día tiene su efectividad en entredicho. Posteriormente, aparecen trabajos interesados en el fenómeno del contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual en pacientes gestantes y en sus hijos (16–18). Este interés se mantuvo constante a lo largo de la primera década del siglo XXI. Ya en 2009 continuaron los escritos académicos acerca del control y la salud prenatal. En el trabajo de Cáceres-Manrique se comienza el análisis acerca de las barreras de acceso a los servicios de salud para el control prenatal (19). Las principales barreras encontradas en el estudio de Cáceres-Manrique son de carácter económico. Esta falencia está motivada por diversos factores, ver Figura 1-1. Sin embargo, la investigadora señaló la dificultad de definir específicamente esta barrera dada la complejidad de abarcar todos los aspectos del sistema de salud colombiano en su contexto.

Figura 1-1 Falencias que promueven la barrera económica de acceso al servicio de salud



Elaboración propia a partir de Cáceres-Manrique (19)

Los esfuerzos estatales emprendidos a partir de los años noventa aunados a los aportes académicos permitieron reducir para el periodo 1990-2010 el indicador de muertes materna a 69,3 por cada mil nacidos vivos. Adicionalmente, el indicador de salud de las madres denotó también una mejoría que sin embargo no alcanza los óptimos esperados (10). Estos indicadores no mejoran, según este estudio, porque en el 34% de los casos se presenta la no asistencia a los controles prenatales. Esto fundamenta este indicador, el de la asistencia a los controles, como el principal foco de interés de las políticas públicas y las campañas de las IPS y las EPS frente al tema.

Otra investigación referida a las barreras de acceso al sistema de salud de pacientes gestantes (20) indicó que las más significativas fueron: a) no tener dinero, b) no tener acceso o carnet de salud previo a la inscripción al control, c) no considerar de importancia la asistencia al control prenatal y d) cantidad de trámites administrativos. Todo ello significó que el número de mujeres que accedieron al control prenatal de manera tardía fue mayor que el que accedió de manera oportuna (20).

La investigación de García-Balaguera subsumió trescientas seis madres gestantes de 24 años en promedio. Esta investigación concluyó que la calidad e integridad del control prenatal efectuado por los prestadores de salud debe mejorarse (11). Las barreras identificadas por la investigación giran alrededor de la calidad de la atención y el escaso de conocimiento de la ruta de atención. Este trabajo reseña pacientes de una ciudad capital por lo que la predisposición de las pacientes hacia la

búsqueda de atención, el acompañamiento familiar, o la distancia de los centros de atención se consideraron constantes. El objetivo de la investigación fue identificar los factores riesgos asociados a las barreras de ingreso, especialmente lo referido al número de controles respecto al resultado final de la gestación (11).

A partir de lo anterior, otros trabajos indagaron acerca de las consecuencias o las circunstancias en las que se presentan alguna de estas barreras. Para el caso del inicio tardío de los controles prenatales, una investigación encontró que esta situación se da en el 29,7% de las madres gestantes que acuden al sistema. Esta población está caracterizada entre estratos 1 y 2, falta de afiliación al sistema de seguridad social, bajo nivel de escolaridad y edades entre 18 y 24 años (12).

Respecto al contexto de la investigación, el municipio de Palmira en el departamento del Valle del Cauca, no se identificaron documentos académicos que abordaran la temática de la investigación. Sin embargo, no se descarta que paralelo a esta investigación se esté en la realización de investigaciones que sirvan como insumo para las IPS de la ciudad y para la coordinación de políticas públicas desde la Secretaría de Salud del municipio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La IPS CEC Santa Helena de la ciudad de Palmira (Valle del Cauca), tiene programas de promoción y prevención en salud que se llevan a cabo bajo la normatividad establecida en la Resolución 412 del 2000 (21). El artículo 9 de esta resolución aborda la “[d]etección temprana de las alteraciones del embarazo”. De esta forma, los programas ejecutados han permitido la creación de indicadores de morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, estos indicadores en el municipio de Palmira, aun con la claridad y especificidad de la resolución, distan de las metas del orden departamental y nacional.

Los servicios de los programas colectivos en salud pública se prestan a los usuarios por medio de contratos específicos acordados entre las Empresas Promotoras de Salud, en adelante EPS (22,23), y los entes territoriales, en virtud de la Ley 1122 del 2007 (24) y la Resolución 425 del 2008 (25). En este contexto, los indicadores no presentan mejoría en el tiempo por lo que no se alcanzan las metas nacionales de morbilidad, ni las perinatales del municipio de Palmira.

El indicador del municipio de Palmira respecto a la tasa de mortalidad materno – perinatal no presenta mejorías en la última década (13,14,26,27). Este hecho claramente contraría las expectativas del gobierno en este aspecto y disminuye el avance hacia la equidad en salud. De igual forma, disminuye las posibilidades de desarrollo social y económico de los habitantes del municipio (13).

Las barreras de acceso a los servicios de salud para pacientes gestantes en algunas de las IPS del municipio de Palmira están relacionadas con la situación socioeconómica de estos. Ello, se evidencia desde la práctica del equipo investigador que identifico que una de las mayores incidencias es el desplazamiento del campo a la ciudad. En este contexto, es necesario contar con un sistema de salud robusto y competente.

Garantizar el acceso a atención prenatal adecuada requiere que los servicios dispongan de recursos relevantes, oportunos y apropiados a las necesidades de atención de la población. Por otro lado, es necesario tener en cuenta todos aquellos factores que dificultan o fomentan que las personas se acerquen y hagan uso de los servicios disponibles (28,29).

Si la organización de salud y las autoridades no auditan, supervisan y evalúan de manera periódica estos programas, las barreras de acceso se harán más evidentes. Todo ello aumentará la mortalidad neonatal y perinatal en situaciones que, de otra forma, pueden ser evitables mediante alternativas asociadas a la calidad del Control Prenatal, en adelante CPN (30), con el fin de visualizar oportunidades de mejora, tal y como lo establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (31).

En este contexto, las barreras de acceso al CPN se convierten en el principal factor de mortalidad neonatal y perinatal. Es por ello por lo que identificar los factores que promueven su aparición en una IPS del municipio de Palmira se convierte en un trabajo necesario para esta organización de salud. Caracterizar las barreras de acceso al CPN percibidas por pacientes de la IPS CEC Santa Helena permitirá

efectuar ajustes en los procesos internos, efectuar acciones de mejora y adaptar las estrategias de promoción a las necesidades reales de los pacientes de esta organización médica del municipio de Palmira.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de lo anterior, se ha planteado una pregunta de investigación cuya respuesta permitirá identificar cuáles son las barreras de acceso al CPN en la IPS seleccionada de la ciudad de Palmira, cual es el nivel de utilización de este servicio por parte de los pacientes y cuáles son los factores que promueven su aparición. En ese sentido, se plantea como pregunta de investigación la siguiente:

¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud y la utilización de los servicios de atención prenatal con énfasis en pacientes gestantes que ingresan en la IPS CEC Santa Helena de la ciudad de Palmira?

3. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la salud materna es considerada un indicador clave del desarrollo humano. Esto dado que la salud sexual y reproductiva es un componente inalienable a la vida y no un obstáculo para ésta. Por ello, gran parte de los tratados y convenciones internacionales en materia de salud incluyen el tema de la mortalidad materna y perinatal (5).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, las cifras de mortalidad materna revelan la localización y gravedad del problema. El 99% de las muertes maternas a nivel mundial se presentan en países en vías de desarrollo y la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado, mortalidad materna evitable. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo mientras que en las regiones desarrolladas es de 1/7300 (6).

La importancia de identificar las barreras de acceso a los servicios de salud en pacientes gestantes de una IPS de primer nivel tiene como fin concientizar a la población para que considere esta atención de carácter obligatorio. Todo ello en aras de resaltar las condiciones de mayor relevancia a las que se enfrentan durante este proceso.

Las condiciones más relevantes a las que se enfrentan los pacientes gestantes que se han podido identificar están relacionadas con i) el tipo de aseguramiento; ii) la situación económica; iii) las condiciones sociodemográficas; iv) el conocimiento del

paciente y v) los trámites administrativos, representados principalmente en autorizaciones, entrega de medicamentos y evaluación multidisciplinar.

El desconocimiento de estas barreras influye en la creación y ejecución de políticas públicas y en la planeación de las estrategias de prevención por parte de las IPS. Por tal motivo, es importante para su abordaje una mirada holística, o de mayor amplitud.

Desconocer las barreras de acceso al CPN conlleva repercusiones para la salud del paciente, para el futuro bebé y para los roles familiares. Adicionalmente, ello afecta desfavorablemente al sector salud y a sus distintos actores. Esta situación se manifiesta, principalmente, con el ingreso tardío al CPN (12). Dicha situación, conllevaría complicaciones evitables como la pérdida de la vida del paciente o de su bebé y el aumento de los costos en el sistema de salud.

En este contexto se justifica el presente estudio en cuanto el reconocimiento de estas barreras y sus factores de incidencia en una IPS de primer nivel permitirá mejorar el acceso de las pacientes gestantes a los servicios de la IPS CEC Santa Helena. La comprensión y el análisis de las barreras y sus factores es pertinente para los directivos de la IPS y para las EPS que le contratan pues permite mejorar los indicadores y en general la prestación del servicio. Todo lo anterior se traduce en mejorar las condiciones de salud de las pacientes gestantes del municipio.

Dadas las características del municipio y de los usuarios del sistema de salud, las conclusiones que aquí se puedan encontrar podrán validarse en otras IPS de la

ciudad con lo que podría ayudar a la mejora del servicio de cada IPS, específicamente en los relativo a la reducción de las barreras por tramite, mejoras en la atención y mejor ejecución de las estrategias.

Todo lo anterior favorece el emprendimiento de esfuerzos que busquen mejorar los indicadores y la salud de los pacientes. Es por ello por lo que se justifica efectuar esta investigación, dado que sus resultados servirán de insumo, no solo administrativo para las IPS, sino como argumentos para la elaboración de Políticas Públicas, el ajuste de los procesos y la distribución equitativa de los recursos del Sistema General de Salud de Colombia.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer las características, barreras y facilitadores, de acceso a la atención prenatal a partir de las percepciones sobre la calidad de los servicios de salud materna e infantil en la IPS CEC Santa Helena de ciudad de Palmira.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las causas por los cuales las usuarias en la IPS no completaron su seguimiento.
- Conocer las causas por los cuales las usuarias encuentran barreras durante su tratamiento.
- Determinar los procesos que desarrollan las entidades prestadoras de servicio para la identificación de las diferentes barreras de acceso para los pacientes.
- Identificar los factores de riesgo que se presentan en las pacientes gestantes que pueden generar casos de mortalidad y morbilidad.

5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

5.1. MORBILIDAD MATERNA Y MORTALIDAD

La morbilidad y mortalidad materna y perinatal son indicadores sensibles usados a nivel internacional para medir el grado de desarrollo de un país o una sociedad en particular (5). Cuanto mayor es la tasa de morbilidad y mortalidad materna en una nación o territorio, se entiende como menor su nivel de desarrollo social y económico, así como la calidad de vida de sus habitantes (6).

Sin embargo, pese a que es un tema de alto impacto para los indicadores de desarrollo, a continuación, se realizará una definición conceptual de mortalidad materna para poder entender de forma clara el tema. La definición que tiene una mayor aceptación es la de la Organización mundial de la Salud.

Para esta organización, la mortalidad materna, a la que también llaman “defunción materna” es

“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica), o cuando ocurre después del puerperio pero por complicaciones o secuelas de causas obstétricas directas o indirectas” (6,32).

Por su parte, la morbilidad materna fue definida como las situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres con ocasión del embarazo, y se vigilan principalmente las Morbidades Maternas Extremas (MME) (33–36). La mortalidad

materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza (8,37). Que un embarazo o parto culmine con la muerte de una mujer refleja problemas estructurales, como de acceso como de atención de la salud. Es por ello por lo cual el análisis de las principales causas asociadas a este fenómeno se convierte en una actividad esencial para su entendimiento y prevención.

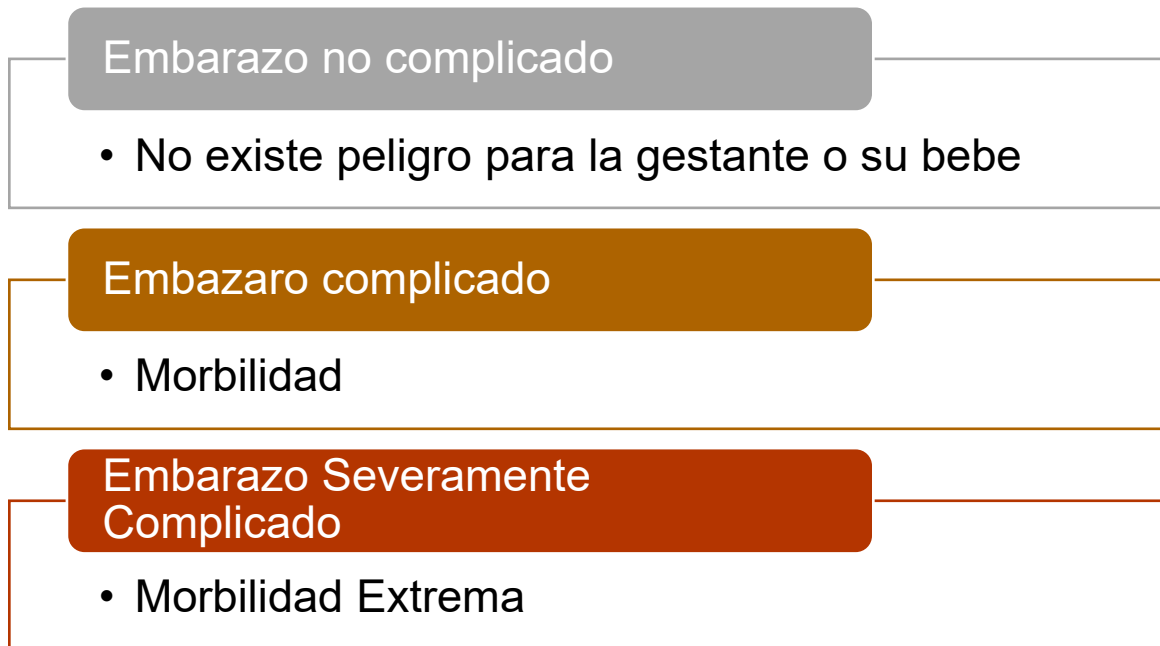
Las causas asociadas a la morbilidad materna, y perinatal son amplias y variadas (35,38). De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Salud (INS), por ejemplo, para el 2010 en Colombia el embarazo no planeado y el retraso en búsqueda de atención médica por parte de las gestantes y sus familias fueron relacionados en un 57,6% y un 32%, respectivamente (39). Adicionalmente, el grupo étnico y retrasos por deficiencias en la calidad y oportunidad de la atención prestada fueron variables también asociadas con la morbilidad materna durante la última década (10–12). Las deficiencias en el servicio de salud, especialmente lo referente al acceso, también aparecen como una de las causas (8). Ahora bien, es necesario abordar el tema de la morbilidad materna extrema.

5.1.1. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

“La complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (38) se le conoce como mortalidad materna extrema. Sin embargo, en algunos países y contextos médicos, es posible encontrar problemas de sinonimia y polisemia, propios del español y de otras disciplinas (40), tales como morbilidad

materna severa, complicaciones que amenazan la vida (34), en inglés esto se conoce como *near miss* (34,41). En el proceso de atención obstétrica, el embarazo puede ser considerado de distintas maneras, ver Figura 5-1.

Figura 5-1 Clasificación de embarazos y tipos de morbilidad materna



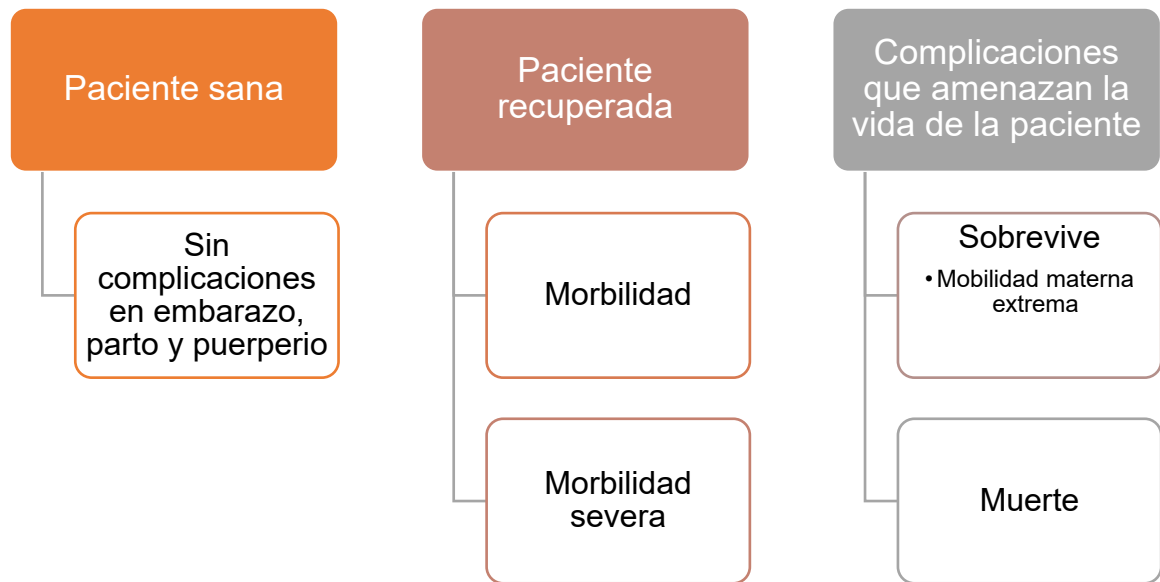
Elaboración propia a partir de Mejía Monroy et al. (34)

La morbilidad extrema, a nivel internacional, también abarca los casos en los cuales las mujeres gestantes sobreviven a la complicación que amenazaba su vida, especialmente si tuvo incapacidad temporal o permanente. Sin embargo, no hay una definición exacta para morbilidad materna extrema.

A nivel internacional se considera morbilidad materna extrema al riesgo latente de muerte de la paciente gestante. A partir de la clasificación presentada en la Figura

5-1, es posible sintetizar la ruta para definir los tipo de morbilidad y sus posibles desenlaces, ver Figura 5-2.

Figura 5-2 Desenlaces de embarazo según complicaciones.



Elaboración propia a partir de Warstone et al. (35)

Para clasificar una condición como morbilidad materna extrema se utilizan tres criterios: a) relacionados con enfermedades específicas, b) relacionados con problemáticas en órganos y sistemas vitales, y c) relacionados con el manejo necesario para el paciente (34). Para mejor ilustración, se presenta la Figura 5-3.

Es así como cualquier mujer en periodo de gestación se puede clasificar, a partir de las condiciones de su embarazo, en esta categoría y por lo tanto es necesario el acceso a los servicios de salud. A continuación, se presentan definiciones en este sentido.

Figura 5-3 Criterios de clasificación de embarazo en morbilidad extrema



Elaboración propia a partir de Summers (36), Waterstone et al. (35) y Dhond & Dob (41)

5.2. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Se entiende el acceso a servicios de salud como el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se

satisfaga completamente (1,42). Aquí es pertinente mencionar lo que se entiende por salud.

Por salud, además de considerarse la ausencia de enfermedades, también es la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial (1,2). La salud es una de las necesidades básicas humanas, descrita por Maslow (3). Por este motivo el acceso a los servicios de salud es un componente fundamental. Este servicio se consolida como un servicio esencial para las personas.

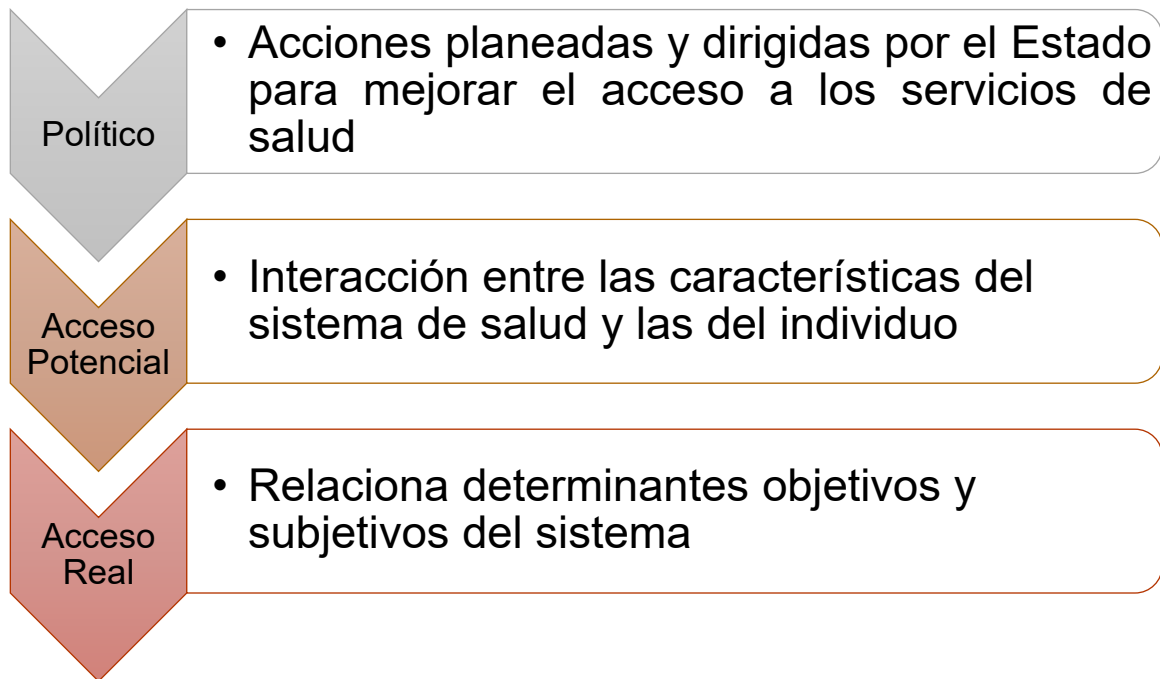
En Colombia, la salud es un servicio público esencial (43). Por este motivo, tiene una fuerte regulación estatal a partir de la Ley 100 de 1993. El acceso a los servicios médicos se define como la disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan (7). Al ser el acceso a la salud considerada como tal, convierte a las actividades de atención en el pilar del sistema. Dentro de estas actividades se identifican algunos niveles.

En la revisión de literatura es posible ubicar los tres niveles de acceso a los servicios de salud, Figura 5-4. Se debe mencionar que estos tienen relación con condiciones individuales, organizacionales y sociales (1).

A nivel político es donde se presentan la mayoría de las barreras institucionales del sistema. Estas son originadas, principalmente, por: a) la falta de recursos, b) mala asignación de estos, y c) como consecuencia de las decisiones políticas representadas en el plan de beneficios o Plan Obligatorio de Salud, en adelante POS (44) y en los procedimientos establecidos por el Estado para acceder al

sistema (45). En el nivel de acceso potencial se tiene en cuenta la interacción entre el sistema de salud y los individuos.

Figura 5-4 Niveles de acceso a servicios de salud

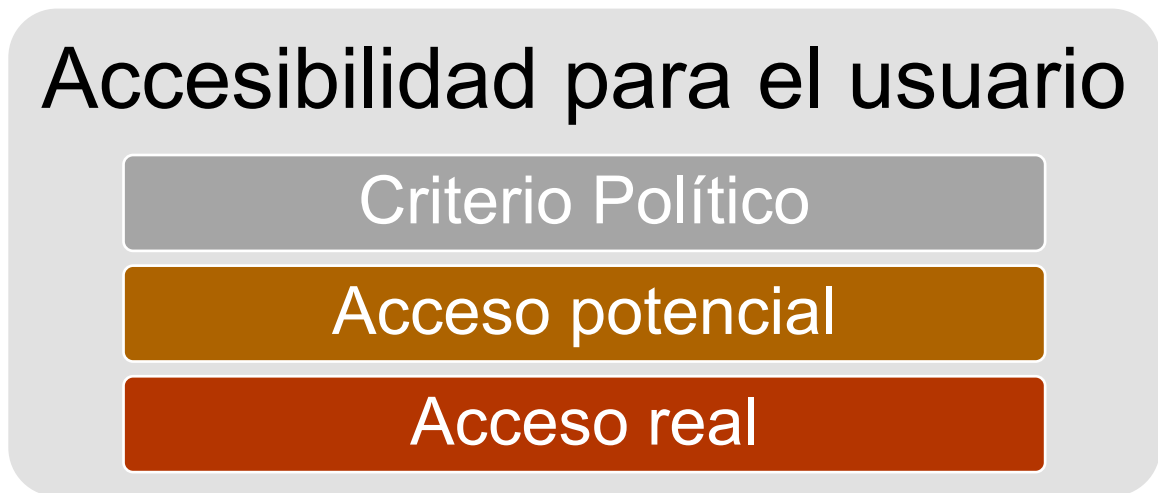


Elaboración propia a partir de Aday & Andersen (46), Mejía-Mejía et al. (1), Guerrero et al. (44) y Restrepo Zea (42)

En la interacción entre el sistema y el individuo surgen las barreras respecto a la oferta del servicio. Es decir, las barreras que se pueden presentar al inicio, o entrada, de los usuarios a la prestación del servicio del sistema de salud. Este nivel abarca desde el contacto inicial del usuario con el sistema, hasta su salida (1). En esta interacción convergen “factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes” (1). El acceso real por su parte, subsume el grado de satisfacción de los usuarios (42).

El acceso real abarca la relación entre las percepciones del usuario, determinantes subjetivos, y aquellos ofrecimientos por parte del sistema de salud y el uso que hacen los usuario, determinantes subjetivos (1,42). El cimiento que soporta estos criterios es la accesibilidad para el usuario, Figura 5-5.

Figura 5-5 Accesibilidad como cimiento del Servicio de salud



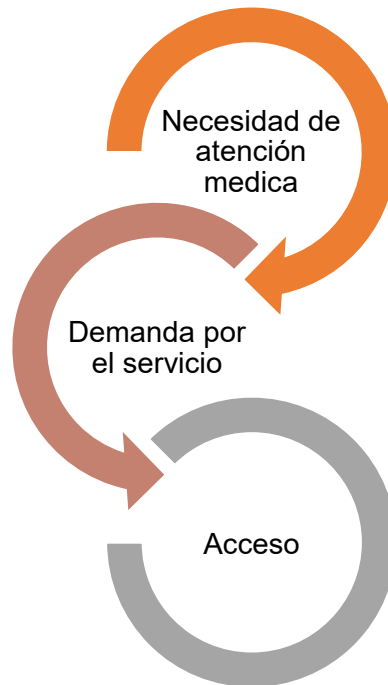
Elaboración propia

El grado de integración entre las características y necesidades de la población y los recursos efectivos del sistema de salud es lo que se conoce como accesibilidad (47). Esta accesibilidad es evaluada con el criterio de interacciones de los usuarios y recursos del sistema. Este es uno de los factores determinantes de la calidad de los servicios de salud (48).

La calidad depende, entre otros aspectos, de la mayor o menor accesibilidad que se tenga a la atención en salud. Sin embargo, también aparecen otros criterios como la correcta gestión de los recursos, la gestión de las solicitudes de los usuarios, el grado de satisfacción de los pacientes y el estado de salud de los pacientes cuando

salen del sistema (49). Ahora bien, es necesario identificar los pasos necesarios para acceder a un servicio de salud Figura 5-6.

Figura 5-6 Ciclo de acceso al uso al servicio de salud por parte del paciente



Elaboración propia

Existe una diferencia entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios de salud (50,51). La primera se presenta al momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente de si consideran que dicho problema de salud requiere o no atención médica. La segunda, en cambio, depende de factores como el ingreso, los costos de atención y el estado de salud percibido por las personas o la gravedad percibida del problema de salud (50,51).

Ahora bien, entre todos los componentes, servicios y divisiones que tiene el sistema de salud, se destaca el control prenatal. A continuación, se desarrollará este tema.

5.3. EL CONTROL PRENATAL

Desde 1948, luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los gobiernos iniciaron convenciones y conferencias con el fin de plantear estrategias para mejorar la salud materna a nivel mundial y reducir la mortalidad materna y perinatal. Esto se intensificó, especialmente, desde principios de los años 90 del siglo XX (15).

Ello derivó en el desarrollo e implementación de las primeras guías oficiales para la atención de pacientes gestantes en la mayoría de los estados miembros. El interés académico permitió, posteriormente, la actualización e incorporación de los avances científicos. Con esto se establecieron parámetros mínimos para garantizar una atención de calidad con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el CPN. Colombia no es ajeno a ello.

En Colombia, el Control Prenatal es considerado como el conjunto de acciones y procedimientos, periódicos y sistémicos, direccionados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que facilitan la aparición de la morbilidad materna y perinatal (21). Para este propósito, El Ministerio de Salud, antes llamado Ministerio de la Protección Social, y la Universidad Nacional de Colombia, actualizaron la guía para la detección de alteraciones en el embarazo.

La actualización de la guía tuvo por objetivo la identificación e intervención temprana, por parte del equipo de salud, la paciente y su familia, los riesgos relacionados con el embarazo. Con ello se puede planificar su control para

garantizarle una gestación exitosa y adecuada sin secuelas para la madre o su hijo (21,52). En el CPN se identifican los factores de riesgo.

Evaluar los factores de riesgo permite la identificación de la necesidad de control primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de una gestación (21,52). La norma trae subsumidos conceptos acerca de los riesgos derivados del contexto biopsicosocial. De otro lado, la gestante es entendida en la actualidad como el binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción (53). El CPN es primordial para preservar la salud de la gestante.

Además de la identificación, tratamiento y seguimiento oportunos de los factores de riesgo, durante el CPN se brinda orientación a la gestante y su familia para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación, cuidar su salud, fomentar hábitos y conductas saludables, detectar oportunamente los riesgos y reconocer la necesidad de buscar la atención necesaria.

El programa de CPN también se encuentra inmerso en las dimensiones prioritarias de la salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, en el ámbito de la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, el cual busca garantizar los derechos que tienen que ver con la sexualidad y la reproducción, así como el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro.

5.4. IPS CEC SANTA HELENA

La IPS Centro de Excelencia Clínica Santa Helena es lo que se enmarca en la revisión de Londoño Cardozo & Hernández Madroñero como una Organización privada prestadora de salud (54). Esta organización se encuentra ubicada en la ciudad de Palmira, Valle del Cauca.

Esta organización de salud, que no debe llamarse institución¹, atiende pacientes tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado de salud. El principal cliente de esta organización es la EPS Sura y Salud Total con cerca de quince mil pacientes potenciales, ver Tabla 5-1. Se encarga de las atenciones de primer nivel de complejidad mediante la consulta externa.

Tabla 5-1 Pacientes potenciales de la IPS CEC Santa Helena

EPS	Pacientes potenciales de IPS CEC Santa Helena en Palmira
Sura EPS	7000 usuarios
Salud Total EPS	7500 usuarios

Elaboración propia a partir de los datos aportados por la IPS

Dentro de los principales servicios prestados, se encuentran procedimientos básicos, laboratorio, ayudas diagnósticas, hasta remisiones a especialistas. Las áreas de atención son: a) cardiovascular, b) crecimiento y desarrollo y c) control

¹ Una institución es una norma, regla o lineamiento de conducta socialmente aceptado por todas las personas de una sociedad (55,56). Se debe entender que una organización, que según es un creación social que busca transformar la realidad o cumplir ciertos objetivos a través de la utilización de los recursos (55,57,58), no debe llamarse institución. Esto es un mal uso conceptual y de lenguaje propio del contexto colombiano.

prenatal y planificación. Adicionalmente, la IPS cuenta con servicios de pediatría, ginecología, medicina interna, rayos X y laboratorio clínico.

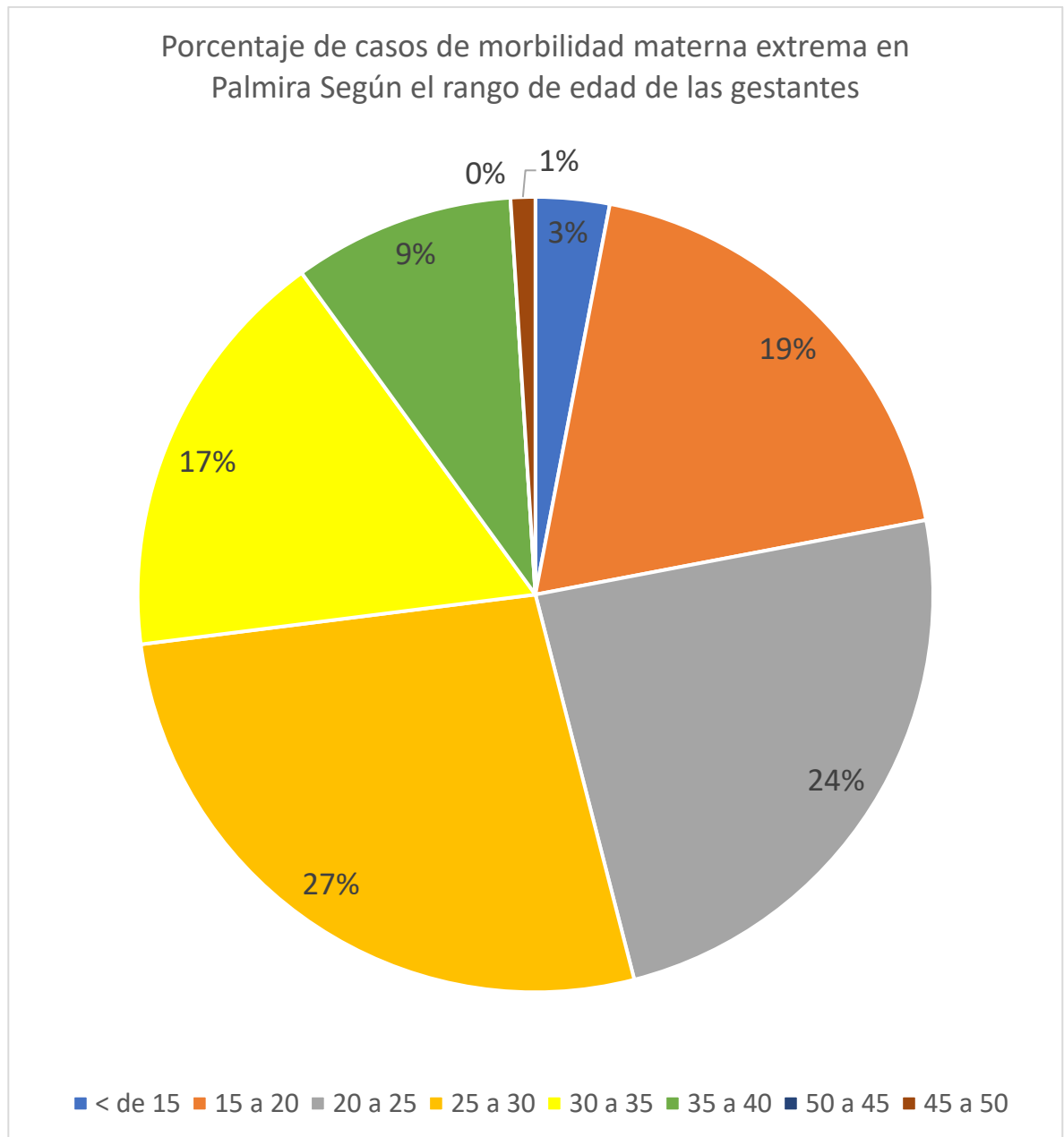
5.5. MORBILIDAD MATERNA EN PALMIRA

La única información que se encontró respecto a la morbilidad materna en el municipio de Palmira, que pertenece a una fuente diferente a la secretaria de salud, fue un artículo del año 2019. En este trabajo, que toma su información de SIVIGILA. En el año 2017, el municipio de Palmira reportó 103 casos de gestantes con Morbilidad Materna Extrema (27).

Según este estudio, las pacientes del área urbana presentaron mayor morbilidad que las pacientes de la zona rural con 87% y 13% respectivamente (27). Respecto al régimen de salud, el 64% de los casos reportados pertenecían al régimen contributivo de salud y el 33% al subsidiado. El 3% adicional pertenecían a un régimen especial, no estaba asegurado o era una excepción (27).

La distribución de casos según el rango de edad de las pacientes se puede observar en la Figura 5-7. La investigación referida no abarca las problemáticas o barreras que las pacientes pudieron encontrar frente a la atención del servicio de CPN. Tampoco se relaciona en el documento las IPS donde fueron atendidas o si ingresaron a tiempo o no al sistema.

Figura 5-7 Porcentaje de casos de morbilidad en Palmira, por edades



Elaboración propia a partir de Herrera Monsalve et al. (27)

5.6. MARCO ÉTICO

Toda investigación en cuestiones medicas debe acogerse a la declaración de Helsinki respecto a la ética en la investigación en seres humanos (59). Sin embargo,

esta investigación no versa sobre aspectos físicos de las pacientes, sino acerca de las condiciones en las que se les presta el servicio. En este contexto, la investigación se cobijará en los principios y mandatos de la declaración de Helsinki, si es necesario, pero se fundamentará éticamente en otros lineamientos.

Respecto de la reglamentación colombiana. Se tendrán en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 (60). El artículo 5 de esta resolución sostiene que en cualquier investigación donde el ser humano sea el objeto, especialmente el sujeto, de estudio se deberá priorizar el respeto a la dignidad de las personas, la protección de sus derechos y garantizar su bienestar.

De igual forma, se tendrán en cuenta los lineamientos de la Ley 1581 de 2012 respecto a la protección de los datos personales cuando se dé la aplicación de los instrumentos de captura de información y se requiera tomar información personal de los sujetos. Adicionalmente, se respetarán las normas respecto a los derechos de autor, los derechos patrimoniales y la propiedad intelectual de documentos y contenidos necesarios para la investigación. Acorde con lo anterior toda información que no sea propia de los autores se hará la respectiva citación.

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es descriptiva. Es decir que se describirá la realidad de las situaciones respecto a las barreras de acceso a los servicios de atención prenatal en la IPS seleccionada.

6.2. TIPO DE DISEÑO

Por su naturaleza, la investigación es de corte cuantitativo. Se emplearán, tanto fuentes primarias como fuentes secundarias de información. El instrumento principal de la investigación será la encuesta. Se escogió este instrumento dado que puede ser aplicada a grandes números de personas de manera rápida y ágil. Adicionalmente, es posible la recolección de opiniones sobre un tema específico y es posible emplear herramientas tecnológicas que facilitan el proceso de toma y análisis de la información. En este caso será Google Drive.

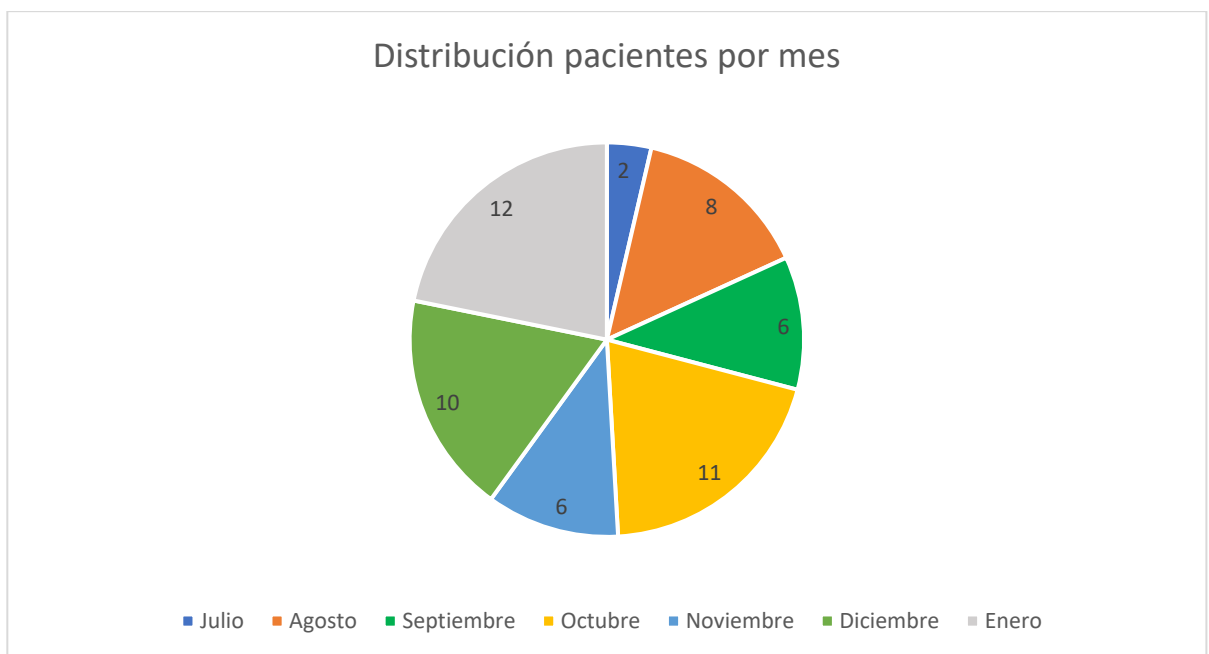
A continuación, se describe todo el proceso metodológico que se empleará en la investigación. En primer lugar, se abordará la población objetivo, en segundo lugar, se presentará

6.3. POBLACIÓN

La población objetivo son las pacientes del servicio de CPN de la IPS CEC Santa Helena. En general, y según las estadísticas presentadas por la IPS, la población que acude al servicio alcanzó las 55 pacientes en el periodo comprendido entre julio de 2018 y enero de 2020. Sobre esta población se aplicará el instrumento. Sin embargo, es pertinente aclarar que la participación de las pacientes es voluntaria por lo que se espera una tasa de respuesta cercana al 50%. Es decir, se espera que en la investigación participen alrededor de 25 mujeres usuarias del servicio de CPN de la IPS en Palmira.

A partir de la base de datos facilitada por la IPS, en el periodo comprendido entre julio de 2019 y enero de 2020 la IPS ha recibido 55 ingresos de pacientes gestantes. La Figura 6-1 identifica los meses y el número de pacientes que ingresaron en cada uno. El mes de mayor ingreso fue enero con doce ingresos seguido por septiembre con diez.

Figura 6-1 Distribución de ingreso al sistema de las pacientes CPN



Elaboración propia con base en IPS CEC Santa Helena (61)

El total de pacientes que ingresaron en el periodo pertenecen al régimen contributivo de salud. Adicionalmente, las cincuenta y cinco pacientes provienen de la zona urbana del municipio, pertenecen a la EPS Sura. Dieciséis de las pacientes manifestaron tener un embarazo no planeado pero deseado mientras que treinta y nueve indicaron que su embarazo era planeado (61).

6.3.1. ESTRATEGIA DE MUESTREO

Aun cuando existen diversas metodologías para calcular la población objetivo para una encuesta su cálculo, para el caso de esta investigación resulta un poco desfasado dado que se está supeditado a la participación voluntaria de las pacientes. Sin embargo, a través del aplicativo de SurveyMonkey (62) es posible tener un número aproximado y óptimo para los mejores resultados en el estudio.

En la Tabla 6-1 se muestra el cálculo de la muestra en el aplicativo de SurveyMonkey. Para ello se tomó como tamaño de la población los datos reportados por la IPS. Adicionalmente, se espera que el nivel de confianza de los resultados sea del 95% y el margen de error, sea del 5%. Con esta información SurveyMonkey arrojó que el tamaño ideal de la muestra es de 49 pacientes encuestadas. Sin embargo, como se argumentó en el punto 6.1 de este documento, se espera una participación cercana al 50% de la población.

Con el nivel de participación esperado se podrá alcanzar un nivel de confianza del 60% con un margen de error del 7%. A pesar de lo anterior, se buscarán estrategias que permitan alcanzar el número deseado de sujetos.

Tabla 6-1 Definición del tamaño de la muestra

Tamaño de la población	Nivel de confianza (%)	Margen de error (%)
55	95	5
Tamaño de la muestra		49

Elaboración propia a partir de SurveyMonkey (62)

6.4. RESPECTO A LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Las principales fuentes secundarias de información serán artículos, capítulos de libros de investigación, tesis y documentos académicos accedidos mediante las

bases de datos de acceso desde el sistema de biblioteca de la Universidad Santiago de Cali. Adicionalmente, se tendrán en cuenta manuales, reglamentaciones y el marco jurídico respecto a los servicios de salud y al CPN en Colombia.

Los criterios de búsqueda de documentos en las bases de datos son: i) accesibilidad al servicio de salud, ii) barreras de entrada a los servicios de salud para el paciente, iii) Control prenatal, iv) morbilidad y mortalidad materna y v) Control prenatal en Colombia. En principio se utilizó como rango de publicación 2014-2019. Sin embargo, dado el tema y los inicios de este, desde mediados de los años 90 se decidió ampliar el universo de búsqueda en un periodo de 10 años; es decir 2009-2019 como base.

6.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 6-2 Variables para el análisis de la información

Variables	Tipo	Valores
Barrera económica	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas no tienen dinero para acceder a los servicios de salud, o para desplazarse hacia la IPS - Los recursos destinados por la IPS a la promoción del programa de CPN son insuficientes
Barrera Social	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Las pacientes no quieren, por costumbre o cultura, acceder a los programas CPN - Las usuarias deben trabajar o efectuar otras actividades de sostenimiento que priorizan frente a la asistencia al CPN

Barrera administrativa	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Los procesos internos de la IPS representan obstáculos para las usuarias de CPN - Los procesos internos condicionan el accionar de los profesionales de salud que prestan el servicio de CPN - Los lineamientos de las EPS condicionan la prestación del servicio de CPN
Número de casos morbilidad materna	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Número de casos de embarazos exitosos entre usuarias de IPS CEC Santa Helena últimos 24 meses - Número de casos de embarazos con morbilidad en los últimos 24 meses en IPS CEC Santa Helena - Número de casos con morbilidad extrema en IPS CEC Santa Helena últimos 24 meses

Elaboración propia

6.6. INSTRUMENTO DE CAPTURA DE INFORMACIÓN

Inicialmente, se había planteado la creación de una encuesta que tuviera preguntas de caracterización de las pacientes de la IPS CEC Santa Helena. Es decir, se plantearían preguntas que permitieran clasificar en edad, estrato socioeconómico, tipo de régimen de salud, EPS y el origen de las pacientes (rural o urbano). Posterior a ello irán las preguntas relacionadas con los objetivos de la investigación.

Sin embargo, la información que proporcionó la IPS contiene la mayoría de estos datos. Por lo tanto, se planteó una encuesta que, a partir de la revisión documental

previa, consultara a las usuarias en el consultoría de la IPS sobre las posibles barreras de acceso. Para ejecutar esta encuesta se emplearon Smartphones.

La encuesta se cargó en el aplicativo de formularios de Google Drive. De esta forma se garantizó el guardado inmediato de la información.

6.6.1. ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA

La encuesta contó con solo dos preguntas dado que se aplicó antes, durante o después de que las usuarias tuvieran su cita de CPN. La primera pregunta fue: ¿Considera que al momento de decidir qué acceder a los servicios de atención prenatal tuvo algunas dificultades o percibió barreras que retardaron o impidieron su ingreso?

Si la respuesta a esa pregunta era negativa la encuesta termina, si contestaban que sí, se les presenta la segunda pregunta que incluía las barreras de acceso al servicio que se lograron identificar en la revisión documental. Esta pregunta fue:

Por favor seleccione el tipo de barrera de dificultad que percibió para ingresar al servicio de CPN de la IPS CEC Santa Helena

- No tener dinero
- No tener acceso o carné de salud, Pago o Sisbén
- No considera de importancia la asistencia al control prenatal
- Cantidad de trámites administrativos
- Falta de conocimiento

- Falta de acompañamiento de familia

Los usuarios podían seleccionar una o más de estas opciones.

6.7. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se compone de tres fases. En primer lugar, la búsqueda exploratoria de referentes y sustento teórico. En esta fase se elaboran las categorías de análisis y el marco que soporta la investigación. La segunda fase corresponde a la recolección de información en la IPS. En esta, se crea el instrumento para la captura de la información y se emplea en los usuarios de la IPS. Adicionalmente, se solicitará información a la IPS para poder contrastar los hallazgos. La tercera fase corresponde al análisis de la información y la síntesis de los hallazgos donde se elaborará la escritura del documento final.

6.8. PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de la información se emplearán las variables expuestas en el punto 6.4. Adicionalmente, el análisis hermenéutico se efectuará con la rigurosidad que este tipo de investigación conlleva. Es decir, se analizará en contexto con la situación cada dato recolectado. Para el análisis de las encuestas se emplearán los datos estadísticos que aporta la plataforma de Formularios de Google Drive.

7. RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentarán se componen de dos partes. La primera está relacionada con la base de datos compartida por la IPS CEC Santa Helena sobre sus pacientes de CPN. La segunda, corresponde con los resultados de las entrevistas aplicadas sobre esta población. Posteriormente, se hará un análisis conjunto de todo ello.

7.1. ESTADÍSTICAS DE IPS CEC SANTA HELENA

Al hacer la caracterización de la población atendida en el servicio de CPN de la IPS CEC Santa Helena, se encuentra con que la mayoría de las pacientes son amas de casa, declaran ser trabajadoras independientes o freelancers. El universo de trabajos es limitado desde Estudiantes y practicantes hasta gerentes o auxiliares en laboratorios.

Respecto a la edad de las pacientes, ver Tabla 7-1, la edad promedio entre las 55 pacientes es 29 años. La moda de edad de las pacientes es 25 años. La paciente con menor edad tiene 19 años y la de mayor edad 43 años.

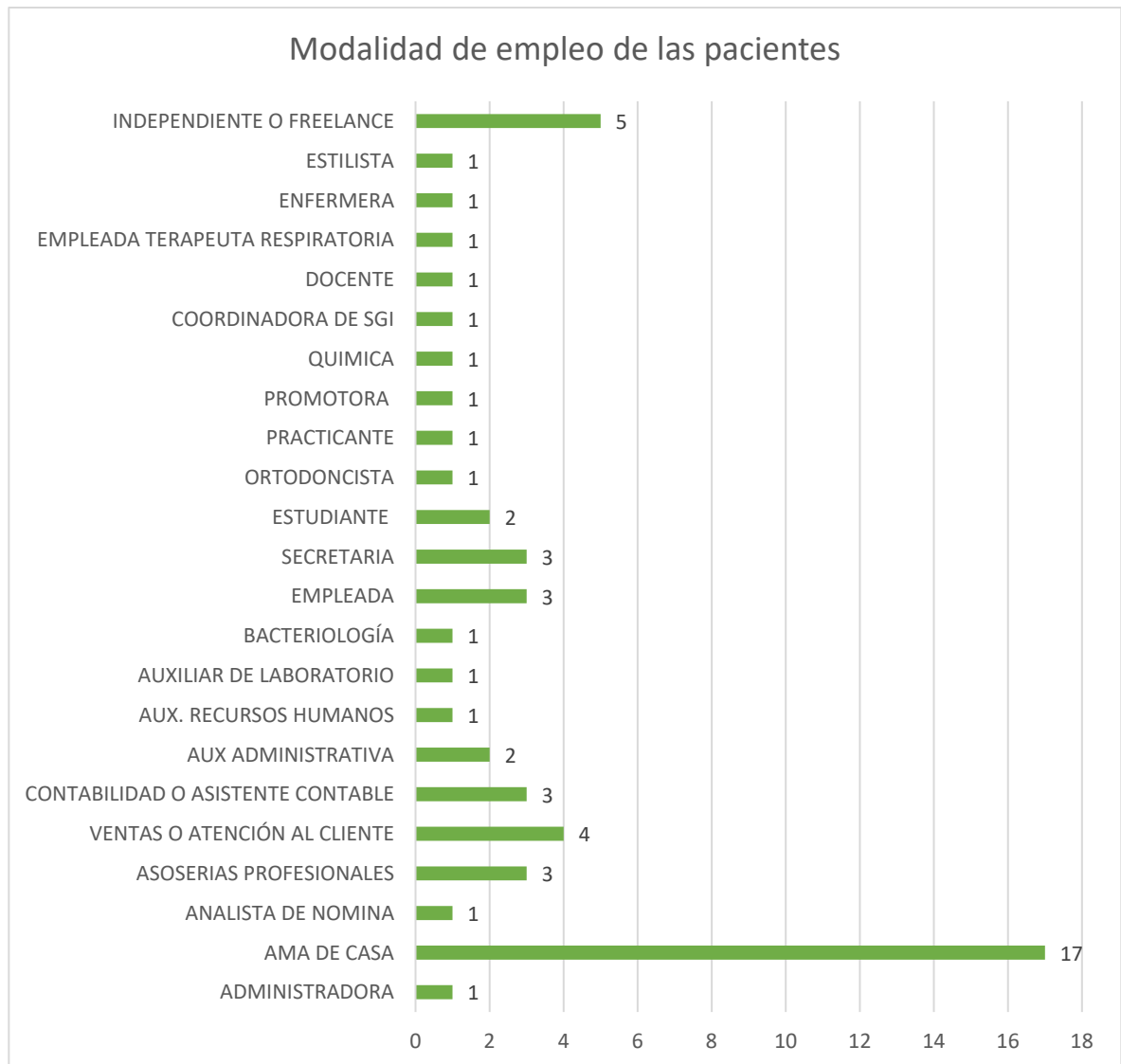
Tabla 7-1 Estadísticas descriptivas de las pacientes

Estadísticas descriptivas de pacientes CPN IPS CEC Santa Helena	
Media	29.0363636
Moda	25
Mínimo	19
Máximo	43

Elaboración propia a partir de IPS CEC Santa Helena (61)

Según la información aportada por la IPS las pacientes se clasificaron en dos categorías según el riesgo percibido por el personal de atención, ver Figura 7-2. Se trata de: A) Embarazo normal y b) embarazo alto riesgo.

Figura 7-1 Ocupación de las pacientes de CPN IPS CEC Santa Helena

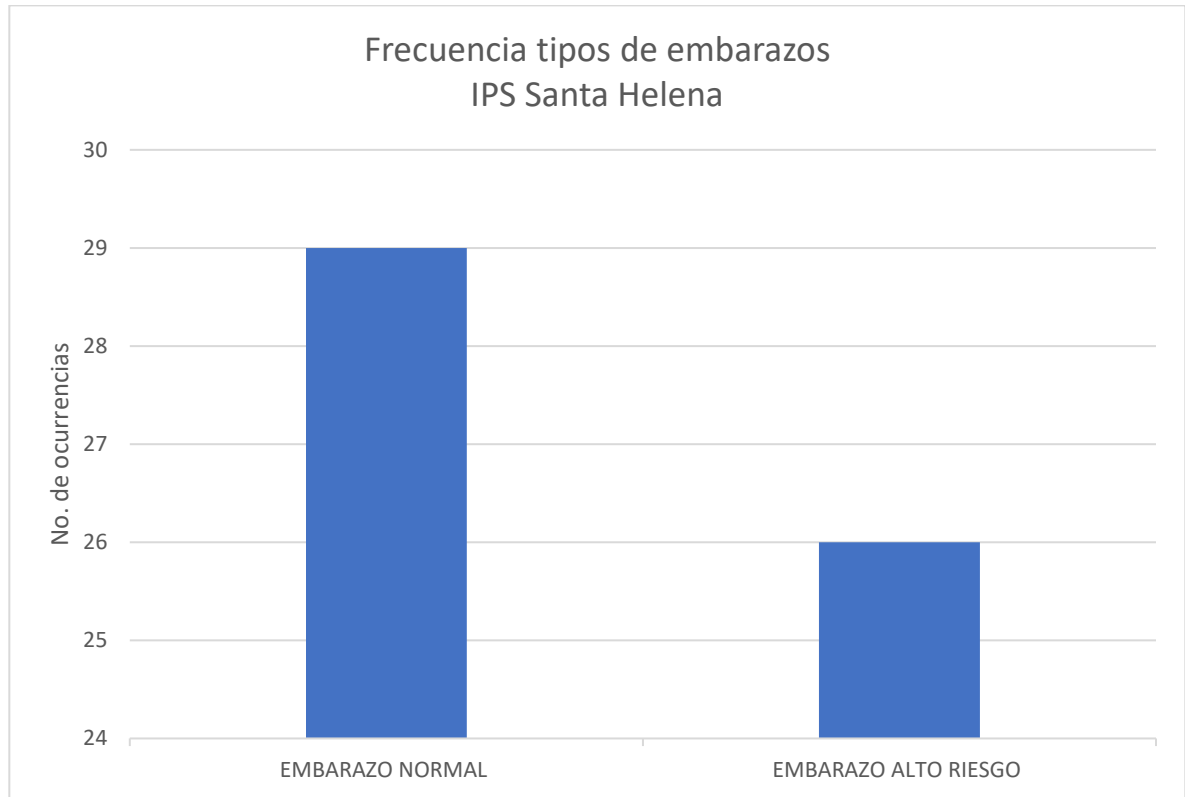


Elaboración propia a partir de IPS CEC Santa Helena (61)

La información presentada por la IPS para el desarrollo de esta investigación da cuenta de 26 pacientes con embarazos de alto riesgo y 29 embarazos catalogados

como normales. Sin embargo, la base de datos no especifica cual es el riesgo de cada uno de los casos.

Figura 7-2 Frecuencia tipos de embarazos IPS CEC Santa Helena



Elaboración propia a partir de IPS CEC Santa Helena (61)

La IPS lleva, en su base de datos, una estadística respecto a si las pacientes ingresan a tiempo o de forma tardía al servicio. Es decir, quienes ingresan al servicio de CPN posterior a las 10 semanas de gestación. Sin embargo, en los 9 de los 55 casos que registraron esta novedad, se evidencia que 5 empezaron su atención en otras IPS y por lo tanto en IPS CEC Santa Helena se registra un ingreso tardío. Adicionalmente, 2 pacientes presentaron dificultades con su afiliación de EPS, cuyo tipo no se relaciona en la base de datos. Los últimos dos casos, corresponden a un

desconocimiento de su estado por parte de la paciente y a una paciente que tuvo dificultades para encontrar cita en el servicio de CPN. Ambas son amas de casa.

En la información que detalla la IPS no se lleva información más allá de lo expuesto aquí. En general, no es evidente que, al menos desde esta información, existan barreras para el ingreso de pacientes. Sin embargo, cuando las pacientes se encuentran en la intimidad de las consultas, suele manifestar algunos inconvenientes que presentaron para ello.

Estos inconvenientes, y su frecuencia de incidencia, se intentaron indagar con la encuesta que las investigadores les aplicaron. Sin embargo, es necesario ahondar más en la información oficial de la IPS y de la Secretaria de Salud del municipio de Palmira para realizar un mejor diagnóstico.

7.2. RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

En total, hubo 40 respuestas para las encuestas. Se intentó que el total de usuarias contestaran el formulario, sin éxito. En el lapso en que se efectuó la investigación solo acudieron 45 de las pacientes atendidas de las cuales 5 decidieron no contestar la encuesta aduciendo desinterés.

Del total de personas que contestaron la encuesta, el 55% dijo que no había reconocido barreras de acceso al servicio de CPN de la IPS CEC Santa Helena. En este mismo sentido, el 45% de las usuarias si identificó barreras o dificultades para el ingreso a este servicio. La Figura 7-3 presenta los valores absolutos de este resultado.

Figura 7-3 Personas que contestaron la encuesta

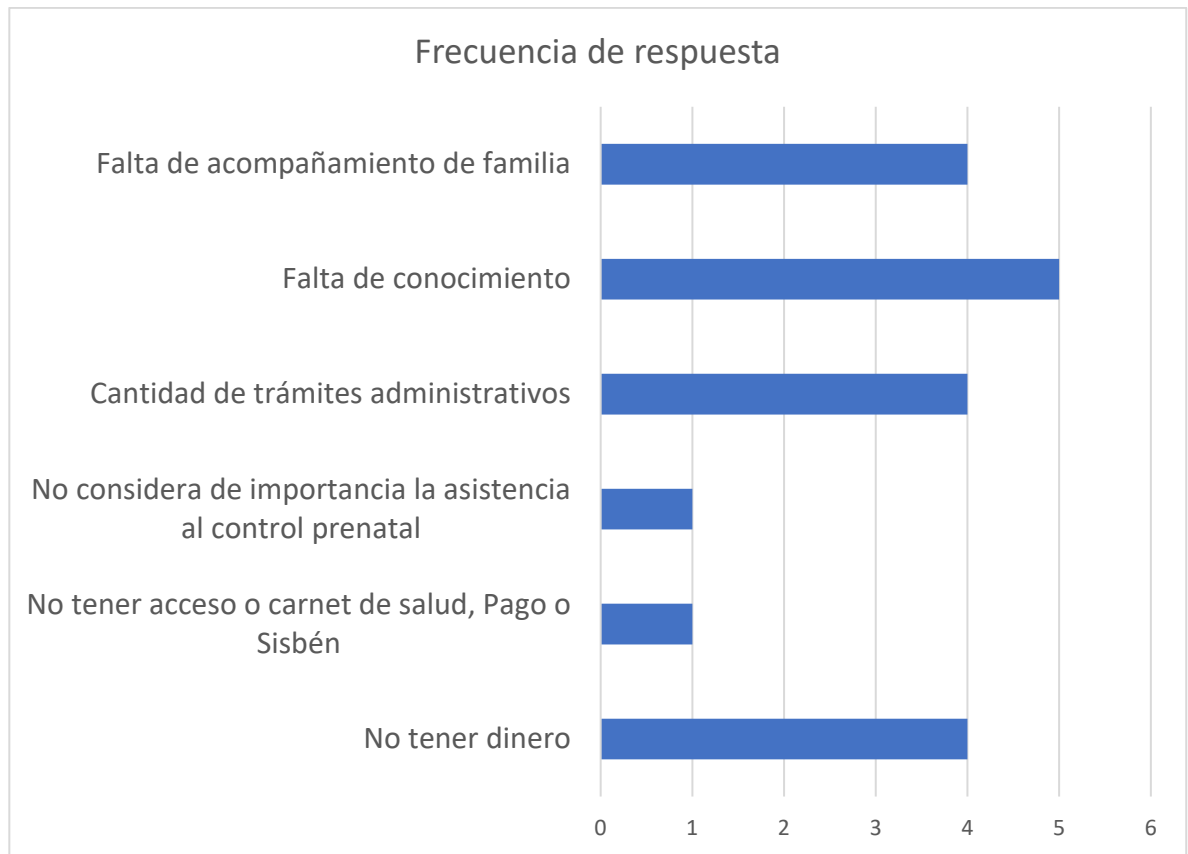


Elaboración propia

De las personas que aseguraron que tuvieron barreras en el acceso a los servicios de CPN, hubo una paciente que contestó más de una opción. Hecha esta salvedad, es momento de desglosar las respuestas.

La Figura 7-4 presenta los valores absolutos de las opciones contestadas por las pacientes. La mayor selección, con el 27,9% fue la falta de conocimiento. En segundo lugar, a parecen no tener dinero, Cantidad de trámites administrativos y falta de acompañamiento de la familia con el 22,2% cada una. No tener acceso al servicio de salud o afiliación a EPS y el no considerar de importancia el CPN alcanzaron el 5,6% cada uno.

Figura 7-4 Frecuencia de aparición de barreras percibidas por usuarias



Elaboración propia

Llama la atención que la frecuencia de mayor ocurrencia sea la falta de conocimiento. Esto, dado que podría significar que las campañas que organizan las organizaciones de salud no están llegando eficientemente a toda la población objetivo. En este sentido, es pertinente discutir las estrategias que se están efectuando para ello.

La alcaldía municipal de la mano de las EPS e IPS con presencia en la ciudad preparan campañas que van direccionadas hacia los diferentes barrios y corregimientos que conforman Palmira. En estas, además de socializar con los

pobladores los distintos servicios de salud y los derechos a los que tienen acceso en el municipio, se hace la socialización del proceso de atención.

Es decir que se pone en conocimiento de las personas la ruta de atención para todos los servicios de salud, incluida la ruta de atención del servicio de CPN. Sin embargo, controlar que estas socializaciones lleguen a todas las personas es una labor que cargada de dificultades.

Entender las características geográficas de Palmira y que las personas podrían no acudir siempre a las capacitaciones por diferentes motivos, requiere un ajuste o un cambio en las estrategias. Adicionalmente, si se verifican la cantidad de trámites administrativos que conlleva la solicitud de una cita, las esperas o la falta de recursos pone en entredicho la efectividad de este esfuerzo.

Analizar la ausencia de dinero para acceder al CPN conlleva un poco más de dificultad. Para empezar, todas las pacientes son del régimen contributivo. En este sentido, se puede entender que todas las pacientes tienen acceso a los servicios de su EPS sin un costo adicional pues ello hace parte del POS. Sin embargo, cuando se hila más delgado y se verifica el origen de las respuestas con las pacientes, se identifica que todas ellas estaban catalogadas como independientes o FreeLancer en la base de datos de la EPS.

En este sentido, cuando un trabajador independiente para, para acceder a los servicios de salud, deja de lado funciones de trabajo que, por lo general, se manifiestan en ausencia de ingreso. Cuando las pacientes miran el costo/beneficio

desde lo económico, las horas que pasan desplazándose hasta las IPS, las horas de atención, entre otras denotan una pérdida de ingreso. Sin embargo, debería ser un prioridad el costo/beneficio para la salud de la madre y de su bebe la asistencia al servicio CPN, sobre todo a la luz de los riesgos y de las estadísticas del municipio. En este mismo sentido aparece la condición de la familia.

Las estrategias de sensibilización y socialización deben ir de la mano, no solo de la sensibilización sobre la importancia del CPN para la gestante y el bebé, sino también para la familia. En este sentido, se debe enfatizar en la importancia del acompañamiento familiar para el proceso de la gestante.

A pesar de lo anterior, se reconoce la dificultad de poder efectuar este tipo de sensibilizaciones. Aquí radica la importancia de una investigación que permita definir de mejor manera estas estrategias. Esto en ultimas se transforma en una gestión eficiente de los recursos. Especialmente dado que, incluso las profesionales, parecen percibir ciertas barreras de ingreso al CPN.

7.3. ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LA IPS

La IPS CEC Santa Helena tiene actividades encaminadas a la promoción de sus servicios con sus usuarios. Para ello, se programan jornadas mensuales en que, en la misma IPS o mediante el desplazamiento hacia sectores del municipio, presenta sus servicios y recalca su importancia para las personas.

Para ello, se preparan folletos y charlas dirigidas a los usuarios. Hacia el interior de la IPS se organización socializaciones de la guía de protocolo de los programas

cada quince días. En estas socializaciones se efectúa una revisión de la guía de atención del control prenatal y se evalúan los médicos y demás profesionales del programa.

Sin embargo, a la luz de los hechos, todas estas actividades se quedan cortas cuando se llevan al contexto de la ciudad. Cada IPS y EPS organiza jornadas de sensibilización de la ruta de atención de la madre gestante en distintos lugares de la ciudad. Sin embargo, la Secretaría de Salud, hasta antes del 1 de diciembre de 2019, no tiene un plan donde sincronice los esfuerzos de todos los actores de salud del municipio en estos temas y les deja en libertad.

El Hospital Raúl Orejuela Bueno, de origen público, se encarga de la sensibilización de CPN en la mayoría de los barrios dada su presencia en los territorios con los centros de salud públicos.

Respecto a las restricciones de ingreso, las pacientes que no tienen ningún tipo de afiliación al sistema de salud pueden ser atendidas en el servicio público de salud. En la IPS CEC Santa Helena la reducción de trámites para el ingreso de las pacientes se cumple según los reglamentos legales. Si las pacientes identifican su estado en algunos de los controles rutinarios o por patologías, la IPS les traslada de forma inmediata al CPN. Si por el contrario la paciente cree estar en periodo de gestación o lo identifica de forma externa al servicio de salud, solo debe solicitar la cita por los canales diseñados para ello y se hará el ingreso al CPN del centro.

8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En primer lugar, es importante resaltar que los usuarios de la IPS no percibieron, en mayoría, barreras de acceso a los servicios de CPN. Sin embargo, al analizar con detalle la base de datos de usuarias de la IPS se evidencia que la gran mayoría de estas son profesionales o mujeres con cargos de importante responsabilidad en sus sectores económicos. De esto se podría concluir que, el nivel de educación de las pacientes parece influir en tener un conocimiento y una aceptación positiva frente a la importancia y la forma de ingreso a tiempo al CPN.

Las barreras de acceso están presentes para toda la población y son los más vulnerables quienes suelen obtener mayores frustraciones frente al sistema de salud. En este sentido, es necesario replantear las estrategias que, tanto las IPS, las EPS y las autoridades de salud, generan para sensibilizar y llegar a la población con mayor vulnerabilidad, especialmente en lo referente hacia la importancia del acompañamiento familiar y la necesidad del ingreso temprano a los controles de salud.

Todas las estrategias que se replanteen deben ir dirigidas hacia el uso eficiente de los recursos del sistema de salud y enfocadas en las personas de estratos bajos. En esencia se recomienda que dichas campañas, al igual que las de planificación familiar y en adolescentes, sean dirigidas desde la escuela para que tanto niñas, como niños conozcan desde tempranas edades sus derechos, sus servicios y sus beneficios ante los eventuales casos.

Lograr reducir los casos de morbilidad materna es una misión del sistema de salud y por ende debe ser prioritario desde todos los frentes. Estas campañas deben ser permanentes y estar acompañadas de estrategias que faciliten la entrada de las pacientes al sistema.

Respecto a los objetivos planteados, se debe acotar la dificultad de identificar a las usuarias que no completaron el seguimiento mediante el servicio de control prenatal. Esto, principalmente por que en la información aportada por la IPS no se presentaron este tipo de novedades y en el periodo de observación de la investigación no se presentó ningún caso de este tipo. Sin embargo, no se descarta la ocurrencia de esta incidencia dadas las dificultades expuestas por las usuarias en las encuestas.

Respecto a las causas de las barreras, la principal causa es la falta de conocimiento sobre la ruta de ingreso al control prenatal. Esto pone en entredicho la efectividad de las estrategias planteadas por la IPS y las EPS en la ciudad. En este sentido, el indicador se deberían llevar campañas donde se le pregunte a la población sobre la ruta de acceso al servicio que mantenga una memoria a corto plazo respecto al tema. Es decir, el replanteo de estrategias debe ir dirigido hacia el posicionamiento de la estrategia en la mente de las personas.

En el proceso de identificación de las actividades que la IPS efectúa para identificar y minimizar las barreras de acceso para las usuarias, se encontró que la única acción que se efectúa es preguntar a las usuarias cuya entrada se hace posterior a

las 10 semanas de gestación las razones. En general, la IPS no efectúa ninguna acción para corregir estas situaciones.

Los recursos que la IPS direcciona para el fomento de sus servicios deben ser optimizados. Ello garantizará una mejor atención y el cubrimiento real de las necesidades de los usuarios. Esto, aunque puede considerarse una política de responsabilidad social, debe ser uno de los principios administrativos de las organizaciones de salud.

Las organizaciones de salud deben poder identificar cual es la verdadera necesidad de sus usuarios y de esta forma destinar sus recursos hacia ello. Sin embargo, los temas que refieren hacia la identificación de barreras no parecen tener un interés en las recientes investigaciones. La gestión de los recursos dentro de la organización, especialmente las glosas, o los lineamientos de gestión de calidad entre otros, son temas que parecen llamar el interés académico. Sin embargo desde este trabajo se invita a ahondar con mayor profundidad y rigor temas como las barreras de acceso a los servicios de control prenatal como una forma de contribuir al sistema de salud colombiano.

9. REFERENCIAS

1. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2007;9:26-38.
2. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ*. 1972;80(2):223-55.
3. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370-96.
4. Montenegro Martínez G, Segura Cardona AM. Indicadores sociales y de salud a partir de la implementación de Red Unidos en Bogotá DC. *Rev Salud UIS*. 2020;52(1):9-19.
5. Hasbún J, Sepúlveda-Martínez Á, Cornejo R, Romero C. Morbilidad materna grave e ingreso a cuidado intensivo: Hospital Clínico Universidad de Chile (2006-2010). *Rev Médica Chile*. 2013;141(12):1512-9.
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 11 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. Monroy-Rodríguez F, Murillo-Bonilla LM. Mortalidad Materna. *Rev Med Clínica*. 31 de mayo de 2019;3(2):122-4.
8. Cortés Díaz D. Mortalidad materna y salud pública: décadas pérdidas. *Rev Fac Med*. julio de 2010;58(3):167-71.
9. Naciones Unidas. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. Publicación de las Naciones Unidas; 2018. Disponible en: <https://goo.gl/DD6dR4>
10. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Jiménez-González CA, Coral-Córdoba ÁE, Ramírez-Solano PC, Ramos-Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales*. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 10 de enero de 2020];13(27). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11968>
11. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med*. junio de 2017;65(2):305-10.
12. Cáceres Manrique F de M, Ruiz-Rodríguez M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante.

- Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. Rev Colomb Obstet Ginecol. 28 de marzo de 2018;69(1):22-31.
13. Alcaldía municipal de Palmira. Sector salud. Palmira, Valle del Cauca: Secretario municipal de Salud; 2018.
 14. Anuario Estadístico Palmira. Salud. Mortalidad y morbilidad en el municipio de Palmira [Internet]. 2018 [citado 20 de abril de 2019]. Disponible en: https://fundacionprogresamos.org.co/anuarios_estadisticos/palmira/anuario_2018/asphg.html
 15. Villegas CB, Luna G JE. La Salud Materna: un Gran Reto para Colombia. Rev Salud Pública. abril de 1999;1(1):68-80.
 16. Guerrero Rendón M, Chamorro Muñoz AC, Zapata Ospina DJ, Aguirre Torres AM. Aproximación a la prevalencia de infecciones de transmisión sexual - ITS en adolescentes embarazadas atendidas en el ese hospital José María Hernández de Mocoa, Putumayo el año 2009. [Internet] [Trabajo presentado como requisito para obtener el título como especialistas en Gerencia de la Salud Pública]. [Putumayo, Colombia]: Universidad Mariana; 2010 [citado 9 de enero de 2020]. Disponible en: <http://repository.ces.edu.co/handle/10946/2385>
 17. Jaramillo AC, Sandoval L, Hernández LJ, Barrios ML, Arenas M, García N. Sífilis Activa Como Predictor de Riesgo Para Infección VIH en Embarazadas de Bogotá. Universidad El Bosque; 1999.
 18. Camacho Parrado NJ. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las IPS popular y recreo, entre julio-agosto-septiembre de 2000. Av En Enferm. 2001;19(2).
 19. Cáceres-Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60(2):165-70.
 20. Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. Rev Hacia Promoc Salud. 2014;19(1):84-98.
 21. Ministerio de Salud de Colombia. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Resolución 412 feb 25, 2000 p. 12.

22. Arroyave Zuluaga ID. La organización de la salud en Colombia. Primera ed. Medellín, Colombia: Hospital Universitario San Vicente de Paul; 2009. 585 p.
23. Superintendencia Nacional de Salud. La libre escogencia de instituciones prestadoras de servicios de salud. Concepto, 48933 2011 p. 8.
24. Congreso de la Republica de Colombia. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1122 2007 p. 18.
25. Ministerio de la protección social. Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Resolución 0425 feb 11, 2008 p. 21.
26. Secretaría departamental de Salud del Valle del Cauca. Boletín epidemiológico Valle del Cauca. Valle del Cauca, Colombia: Instituto Nacional de Salud y Secretaría departamental de Salud; 2019.
27. Herrera Monsalve K, Granja Obando X, Bedoya Sandoval JF. Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle. Arch Venez Farmacol Ter. 2019;38(4):401-5.
28. Gaitán-Duarte H. Consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. Un documento para reducir la variabilidad en la atención de la gestante con complicaciones graves. Rev Colomb Obstet Ginecol. 30 de marzo de 2014;65(1):14-14.
29. Rojas-Suárez JA, González MV, Monsalve G, Escobar-Vidarte MF, Vasco-Ramírez M. Consenso colombiano para la definición de los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos en la paciente embarazada críticamente enferma. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2014;65(1):47-74.
30. Moya-Plata D, Guiza-Salazar IJ, Mora-Merchán MA. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Rev Cuid. 2010;1(1):44-52.
31. Monsalve GA, Martínez CM, Gallo T, González MV, Arango G, Upegui A, et al. Cuidado crítico materno: desenlaces y características de los pacientes de una unidad obstétrica combinada de alta dependencia en Medellín, Colombia. Rev Colomb Anestesiol. 2011;39(2):190-205.
32. Organización Mundial de la Salud. IV. Defunción materna por secuelas de causas obstétricas. OMS; 2017.

33. Águila Setián SI. Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* junio de 2012;38(2):281-9.
34. Mejía Monroy AM, Téllez Becerril GE, González Vargas Á. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. *Arch Investig Materno Infant.* 2012;4(3):146-53.
35. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: Case-control study. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57(3):139-40.
36. Summers D. Department of Making Pregnancy Safer Annual Report 2008. Switzerland: World Health Organization; 2009.
37. Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Rosa-Moreno FJS, Reyes-Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. *Ginecol Obstet México.* 15 de febrero de 2015;83(02):96-103.
38. Álvarez Toste M, Hinojosa Álvarez M del C, Álvarez SS, López Barroso R, González Rodríguez G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* diciembre de 2011;49(3):420-33.
39. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Primera ed. Bogotá, Colombia: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. (Guías No. 11-15).
40. Ríos Szalay J. La estandarización terminológica de la administración, un empeño amplio y persistente, ¿pero inviable? En México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010. p. 1-37.
41. Dhond G, Dob D. Critical care of the obstetric patient. *Curr Anaesth Crit Care.* 2000;11(2):86-91.
42. Restrepo Zea JH. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Primera ed. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2006. 194 p.
43. Congreso de la República de Colombia. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

44. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública México*. enero de 2011;53(2):144-55.
45. Restrepo Zea JH, Silva Maya CE, Andrade Rivas F, Dover Van Horn R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2014;13(27):242-65.
46. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208.
47. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm Glob*. 2014;13(33):267-78.
48. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(1):82-9.
49. Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia. Los principios. Primera ed. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2008. (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS).
50. Bedregal G P, Quezada V M, Torres H M, Scharager G J, García O J. Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Médica Chile*. noviembre de 2002;130(11):127-1294.
51. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2005.
52. Isaza Restrepo A, Pardo Oviedo JM, Arenas Paredes N, Pareja Cajiao M, García Cajiao A, Fernández de La Hoz J, et al. Ejercer la medicina: enfoque práctico Sobrevivir al año rural. Primera ed. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2017. (Sanar).
53. En Colombia. Gestante binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción [Internet]. *encolombia.com*. 2013 [citado 16 de enero de 2020]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/guiasmed/embarazo/caracteristicasde laatencion1-2/>
54. Londoño-Cardozo J, Hernández Madroñero I. El problema de los conceptos científicos en la clasificación de las organizaciones. En: *Conjeturas organizacionales Fundamentos para el estudio de la organización*. Primera. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2018. p. 103-28.

55. Tello-Castrillón C. Abordaje de conceptos sobre la organización. Primera ed. Palmira: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2009. 100 p.
56. North DC. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. Tercera reimpresión. México: Fondo de cultura Económica; 2006. 190 p.
57. Dávila C. Teorías organizacionales y administración. Enfoque crítico. Segunda Edición. Bogotá, Colombia: Editorial Presencia LTDA; 2001. 246 p.
58. Tello Castrillón C, Pineda-Henao EF, Londoño-Cardozo J, Hernández Madroñero I, Salcedo Serna MA, Ortega González MS. Conjeturas organizacionales. Fundamentos para el estudio de la organización. Primera. Colombia: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2018. 170 p.
59. Aristizábal Franco LE. El porqué de la ética en la investigación científica. Investig Andina. 2012;14(24):369-71.
60. Ministerio de Salud de Colombia. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430 1993 p. 12.
61. IPS Santa Helena. Base de datos de ingreso de pacientes. Palmira; 2020.
62. SurveyMonkey. Calcular el tamaño de la muestra: entender el tamaño de la muestra [Internet]. [Spanish] SurveyMonkey. 2020 [citado 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1



Santiago de Cali, Septiembre 12 de 2019

Doctor
GERMAN MUÑOZ VELASCO
Director Medico
I.P.S. CEC. Santa Helena

Cordial saludo

Con la presente le informo que las(os) profesionales Diana Carolina Vélez Arias identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.113.621.517 y Magda Nikol Lozano identificada con cedula de ciudadanía Nro. 29.682.910, estudiantes de nuestra **Especialización en Auditoría en Salud**, se encuentran realizando su trabajo de grado titulado "**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES GESTANTES QUE INGRESAN EN LA IPS CEC SANTA HELENA DE LA CIUDAD DE PALMIRA**", bajo la asesoría del Dr. Juan Carlos Millán.

Motivo por el cual de la manera más atenta solicitamos de su atención y colaboración permitiendo a nuestros estudiantes realizar el Trabajo de Campo en dicha institución, con el fin de proponer el plan estratégico para mejoría de dichas barreras; en el mismo sentido es nuestro deber manifestar que la información que se recolecte es para uso netamente académico y su manejo se hará de forma confidencial, así mismo una vez terminado la investigación serán socializados en su área para los fines que considere pertinentes.

Agradezco su valiosa colaboración a la presente solicitud.

Cordialmente,

MONICA M. SISTIVA D.
Coordinación Especialización en Auditoría en Salud
Posgrados en Salud.



Calle 5a Carrera 62 Campus Pampalinda A.A. 4102 / Teléfono: PBX 5183000
web: www.usc.edu.co / Nit. 890.303.797-1 / Santiago de Cali - Colombia

