




GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

PTE 2779

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Barreras para el acceso al control prenatal y adherencia al mismo
en gestantes según edad y nivel de instrucción en un hospital de
zona sur de la ciudad de Rosario durante segundo semestre del
2026**

Asignatura: Taller de Investigación

Docente Asesor: Mg. Nores Rosana

Autora: Enf. Hartmann, Alejandra

Directora: Lic. Delgado Lidia

Codirectora: Lic. Cardón Florencia Paula

Rosario, 24 de octubre de 2025

Resumen

El control prenatal es una práctica fundamental para el cuidado integral de la salud materno infantil, ya que posibilita un acompañamiento continuo durante el embarazo, posibilitando la prevención de complicaciones y promoción del bienestar. No obstante, factores personales, sociales, económicos, junto con ciertas características del sistema de salud, pueden constituir barreras que condicionan el inicio y la adherencia a los controles, impactando en los resultados de salud de las gestantes y sus hijos.

El objetivo de este trabajo es determinar cuáles son las barreras para el acceso prenatal que influyen en el incumplimiento de los controles prenatales según edad y nivel de instrucción de las personas gestantes que asisten al servicio de maternidad de un hospital público de la ciudad de Rosario.

Se realizará un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo de corte transversal y prospectivo. Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia conformado por la población total de personas gestantes que se encuentren cursando el puerperio inmediato en el servicio de maternidad del hospital seleccionado durante los meses de julio y diciembre del 2026. Se utilizarán, para la recolección de datos las técnicas de observación y encuesta a través de un instrumento de elaboración propia conformado por una lista de cotejo y un cuestionario autoadministrado.

Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva, representada en histogramas y gráficos de torta. El tipo de análisis será univariado y multivariado.

Palabras clave: control prenatal- adherencia al control prenatal- barreras- embarazo-

INDICE GENERAL

Resumen	1
Índice General.....	2
Introducción.....	3
Estado actual de conocimiento	4
Justificación y Planteamiento del problema en estudio	12
Hipótesis y objetivos	13
Marco Teórico	15
Material y Métodos.....	24
Tipo de estudio	24
Sitio y contexto: Descripción del sitio y criterios de elegibilidad.....	24
Población y Muestra.....	25
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	26
Procedimiento de recolección de datos	27
Consideraciones Éticas	28
Plan de análisis	29
Cronograma de actividades.....	31
Referencias Bibliográficas.....	32
Anexos.....	36
Anexo I: Aval Institucional	37
Anexo II: Operacionalización; Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado	38

Introducción

La atención prenatal es una estrategia de salud pública que comprende acciones orientadas a la promoción de la salud, detección de factores de riesgo, diagnóstico y prevención de enfermedades mediante una serie de visitas programadas que realiza la persona gestante y su familia al equipo de salud durante los nueve meses que suele durar el embarazo. Este proceso de atención se encuadra en el cumplimiento de los derechos de la persona gestante, el respeto por su autonomía y la confidencialidad. (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023)

La calidad y el nivel de cobertura de los cuidados prenatales están íntimamente relacionados con el cuidado de la salud de la persona gestante, por lo cual se constituyen como un tema prioritario de salud pública en la República Argentina. Según el Ministerio de Salud, un examen prenatal es considerado efectivo si se cumple con los siguientes criterios: un inicio oportuno (durante el primer trimestre de gestación), un control periódico (al menos ocho controles durante el embarazo) y completo (aseguran actividades de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud en relación a la gestante, el embarazo y prácticas requeridas). Sin embargo, en la actualidad existen grandes diferencias en el acceso al control prenatal a nivel nacional que evidencian un bajo índice de efectividad en el mismo. (Ministerio de Salud de la República Argentina, 2023)

En relación a lo mencionado, en el Departamento Rosario de la provincia de Santa Fe se registraron 8.498 nacidos vivos en establecimientos públicos (Gobierno de Santa Fe, 2022), de los cuales según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) ¹ solo el 38 % accedió a un control prenatal precoz. Entre los indicadores vinculados a estos nacimientos, el SIP reportó que el 10,7 % fueron pretérmino, el 91,6 % presentaron peso adecuado, mientras que el 7,2 % nacieron con bajo peso y el 1,2 % con muy bajo peso. (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2023)

En lo que respecta a datos relacionados a las gestantes, un 15 % no accedió al estudio de laboratorio para la detección temprana de sífilis dentro de las primeras 20 semanas

¹ Es importante señalar que los datos de salud perinatal aportados por el SIP no representan a todas las personas gestantes, ya que dependen de la información que los efectores de salud pública cargan en el sistema. Actualmente, solo alrededor del 75 % de estos efectores registran la atención de embarazadas en el SIP. (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2023)

de gestación. Esta omisión constituye un factor de riesgo evitable, dado que dicho análisis representa una estrategia fundamental para la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad y de sus consecuencias más graves, como la muerte fetal. (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2023)

Otras cifras relevantes del Departamento Rosario aportados por Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2023) fueron las 92 defunciones neonatales (producidas entre 0 y 27 días de vida) de las cuales 57 eran reducibles; es decir que su frecuencia podría disminuirse en función del conocimiento científico actual y por acciones implementadas a través de los servicios de salud según el momento de intervención adecuado: durante el embarazo, en el parto, en el recién nacido o en el período perinatal.

En relación con los factores que influyen en la adherencia a los controles prenatales, se reconocen aspectos obstétricos, demográficos, sociales e individuales. A nivel nacional y regional, la evidencia disponible sobre esta temática es escasa. Sin embargo, estudios realizados en otros países de América Latina brindan algunas ideas sobre los factores que pueden facilitar o dificultar que las personas gestantes cumplan con estos controles. A continuación, se exponen algunos estudios seleccionados para dar cuenta de la magnitud del tema.

Estado actual de conocimiento sobre la problemática

En el año 2020, en Perú, se realizó un estudio para determinar los factores asociados al abandono del control prenatal. Las variables contempladas fueron sociodemográficas como edad, grado de instrucción, ubicación geográfica, y además factores relacionados con los servicios de salud tales como la satisfacción de la atención en relación al abandono del control prenatal. Esta investigación fue de carácter observacional, transversal, retrospectiva y analítica obteniendo la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) 2020 del Instituto Nacional de Estadística e Informática de dicho país. El tamaño de la muestra fue de 4464 gestantes entre 15 y 49 años. En los resultados obtenidos se determinó una prevalencia del 11.3% de abandono de control prenatal. El 64,6% eran multíparas; las cuales tenían 2.33 mayor riesgo de abandono que las primíparas. También se observó un 4.47 de mayor riesgo de abandono de las gestantes entre 15-19 años respecto a las de 35 años o más. Otros datos relevantes fueron que el 40,5% de las entrevistadas eran pobres, el 19.9% residían en zona rural, el 13,3% poseían nivel educativo primaria o menos y

el 85% fue atendida por un obstetra. Por lo que los investigadores pudieron concluir que la edad materna joven tenía mayores probabilidades de una atención prenatal inadecuada y un mayor riesgo de abandono de los controles explicándose que este grupo etario está asociado a embarazos no planificados, pareja no estable, bajo desarrollo psicobiológico, psicoafectivo y bajo nivel educativo. Respecto a las gestantes multíparas determinaron que el hecho de 2 hijos o más dificultaba cumplir con los controles prenatales ya que disponían de menos tiempo y mayores responsabilidades en el hogar. Asimismo, se reconoció de los factores institucionales que la atención por algún profesional de la salud es un factor protector positivo para el abandono de control prenatal. (Timoteo-Barrantes & Castillo-Velarde, 2023)

Entre noviembre de 2021 y noviembre del 2022 también en Perú, se realizó una investigación con el objetivo de determinar el efecto de los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos en el parto prematuro en gestantes adolescentes. El estudio fue de tipo caso control, retrospectivo y observacional con muestreo no probabilístico por conveniencia. El grupo de casos lo conformaban 67 gestantes adolescentes, edad entre 10 y 19 años que tuvieron parto pretérmino. Paralelamente se formó un grupo control de 134 embarazadas adolescentes sin diagnóstico de parto prematuro que fueron atendidas en el mismo lugar durante el periodo del muestreo. Los datos se recolectaron mediante la observación de las historias clínicas fueron factores de riesgo relacionados al parto prematuro tales como demográficos, de edad, grado de instrucción y ocupación; factores obstétricos como números de controles prenatales, anemia, antecedentes de embarazos múltiples; y factores patológicos como preeclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta e infección del tracto urinario. Como resultados del estudio primero se llevó a cabo un análisis de significancia entre los factores de riesgo para la ocurrencia de embarazo pretérmino haciendo diferencia entre los grupos de casos y de control. En el de casos se determinó una predominancia de frecuencias en las variables edad entre 15 -19 años. Para el factor obstétrico la predominancia se detectó en los casos con menos de 6 CPN y antecedentes de anemia. Respecto a los antecedentes patológicos para parto prematuro la totalidad fueron significativos con los casos de preeclampsia, desprendimiento prematuro placentario e infecciones urinarias. Comparativamente, en el grupo control la predominancia estuvo en edad de 15-19 años, estudiantes y con 6 o más CPN. También se realizó un análisis de regresión de los factores relacionados al parto pretérmino teniendo en cuenta los factores de riesgo. Donde se observó una relación positiva para todas las variables independientes de riesgo siendo las mas relevantes la referida a edad entre 10 y 14 años y NCP menor a 6. Como conclusión los autores resaltaron

la necesidad de brindar atención adecuada efectiva temprana para la identificación de dichos factores de riesgo. (Casimiro-Soriano y otros, 2022)

Por otro lado, en México en el año 2022, fueron investigados los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal. Las variables estudiadas fueron sociodemográficas, información sobre el embarazo actual, beneficios y barreras del control prenatal percibidos por la gestante, factores conductuales y apoyo social. Este trabajo optó por un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 103 gestantes de 18 a 44 años. Se utilizó el cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal (CBBCPN) realizado por Quelopana, A. de 88 ítems, validado y adaptado a la población mexicana. Como resultados la mitad de los casos eran personas gestantes entre 26 a 35 años, el 37% eran solteras, el 47% tenía preparatoria terminada y el 62% trabajaba durante el embarazo. Respecto a la información sobre el embarazo actual casi la tercera parte desconocía que estaba embarazada y el 40% no acudió al control prenatal por problemas personales. Como barreras del control prenatal percibidos el 27% estuvo disconforme con la atención de lugar y el 45% refirió demasiada espera para conseguir próxima consulta. De este estudio se llegó a la conclusión que las principales causas para un inicio tardío del control prenatal son el embarazo no deseado, las situaciones personales, la atención del personal de la clínica y el tiempo prolongado para la consulta otorgada en la clínica. (Chavez y otros, 2024)

En el mismo año, pero en Colombia, se realizó un estudio de abordaje cualitativo narrativo en un grupo de 28 gestantes de 16 a 40 años que se centró en la vulnerabilidad social y bajo nivel socioeconómico de las personas que asistían a la Asociación Esperanza y Progreso – operador del programa de primera infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El objetivo del mismo fue lograr el empoderamiento de las gestantes y una mayor adherencia a los controles prenatales a través de la implementación de estrategias educativas que permitan el diálogo de saberes con el fin de compartir experiencias, conocimientos, habilidades y percepciones acerca del significado de la gestación. La intervención consistió en siete sesiones educativas que incluían temáticas específicas como cambios fisiológicos, nutrición, importancia del control prenatal, parto, puericultura, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

Como resultado se encontró mayor participación en los encuentros de gestantes cursando tercer trimestre y menor participación de quienes cursaban el primer trimestre de

embarazo. Las participantes relataron tener entre uno y seis controles prenatales y la tercera parte refirió tener buenos conocimientos sobre los temas abordados, aunque al momento de la socialización se evidenció un déficit de conocimientos sobre los mismos. En la temática alimentación saludable aun sabiendo las embarazadas cuáles eran los alimentos apropiados y cuáles no, priorizaron lo económico dando relevancia a los carbohidratos los cuales llenan y son más accesibles. Con respecto a los controles prenatales se encontraron dudas preexistentes en relación con la gestación y problemas en cuanto a accesibilidad de los servicios médicos. Para el momento del parto las gestantes expresaron temor sobre esa experiencia en relación al trato profesional, sobre todo las más jóvenes que recibieron juzgamientos relacionados a su embarazo en edad temprana. Sobre cuidados del recién nacido estuvieron presentes mitos en torno al cuidado del cordón, primer baño, vestimenta, cuidados puerperales, entre otros. El último tema trabajado contempló la planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual dando como resultados que el 64,2% creen verdaderos ciertos mitos por lo que debieron realizar una reeducación que permitiera desmitificar y reconstruir nuevos conceptos. Las conclusiones obtenidas reflejaron la necesidad de afianzar la importancia en la adherencia a los controles prenatales mediante la educación siendo las principales razones para la inasistencia barreras de tipo económico y el bajo nivel de conocimiento sobre este debido a la falta de información y acceso en la salud. (Yopasa Cárdenas y otros, 2023)

En 2023 en Ecuador se investigó con el objetivo de detectar los factores que influyen en el control prenatal en mujeres fértiles, embarazadas y post parto. Eligiéndose para tal fin un estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo, transversal. La población seleccionada fueron mujeres entre de 14 a 42 años en edad fértil, gestantes, primigestas, múltiparas y postpartos. Del total de 200 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión se tomó una muestra de 133. Se recabó información respecto a datos sociodemográficos, conocimiento en el embarazo, educación en salud y la situación de salud actual para lo que se recurrió a la técnica de encuesta. Los resultados arribados fueron que el rango de edad en el que se ubicó el 54.1 de la muestra fue de 19 a 26 años; del cual el 68.4% presentó como estado civil unión libre. Respecto al resto de las variables sociodemográficas el 50.4% tuvo un nivel de escolaridad básica; el 60.2% como ocupación refirió ser ama de casa y 72.9% ser católica. Por otro lado, el 52,6% desconocía la importancia del control prenatal en el embarazo, el 24,1% refería una mala atención del control prenatal y solo el 39,1% conocía sobre los factores de riesgo que se pueden presentar por no realizar los controles del embarazo. De las mujeres encuestadas el 72,9% concurrió a cuatro o menos controles prenatales teniendo el 59.4% de

dichas visitas un inicio tardío. Como final de los datos obtenidos las complicaciones más frecuentes fueron infecciones del tracto urinario (23,3%), aborto (18%), anemia (17,3%) e hipertensión inducida por el embarazo (12%). Como conclusión se evidenció un gran porcentaje de desconocimiento sobre control prenatal y ausentismo a los controles prenatales por una mala atención en las Unidades de Salud. (Guamán & Rueda, 2023)

De manera similar, nuevamente en Perú, y en el mismo año, se llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar los factores asociados a la inasistencia a los controles prenatales durante el primer y segundo trimestre de gestación. Para ello, se utilizó un diseño de estudio transversal, analítico y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 256 gestantes con más de veintiséis semanas y seis días de embarazo, es decir, con el segundo trimestre completo. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada que recabó información sobre factores demográficos, antecedentes gineco-obstétricos, aspectos socioculturales y percepción de la atención recibida. Posteriormente, se efectuó la revisión de las cartillas de control prenatal de las participantes para obtener información sobre el número de controles realizados y el momento de su realización, con el fin de diferenciar entre un control adecuado e inadecuado. Los resultados mostraron que 142 gestantes presentaban un control prenatal inadecuado durante el primer trimestre, siendo más frecuente entre mujeres solteras y con nivel educativo primario o secundario. Asimismo, factores como recibir atención por parte de matronas o residir a una hora o más del centro de salud se asociaron con un mayor riesgo de inasistencia a los controles. En cuanto al segundo trimestre, solo 42 encuestadas registraron un control inadecuado. En este grupo, las mujeres solteras, con instrucción primaria o secundaria, y aquellas con tres o más hijos, presentaron un mayor riesgo de inasistencia. Se concluyó que los factores asociados a un control prenatal inadecuado variaron de un trimestre a otro, lo que destacó la importancia de diseñar estrategias diferenciadas según la etapa de gestación, considerando los distintos factores sociodemográficos, culturales y de accesibilidad que influyen en la adherencia a los controles prenatales. (Saldaña y otros, 2025)

Otro estudio analítico de diseño de casos y controles realizado en el mismo país durante el periodo noviembre diciembre del 2023 tuvo como objetivo analizar la asociación entre la violencia doméstica y la atención prenatal insuficiente en mujeres en el puerperio atendidas en un hospital. La muestra estuvo conformada por 276 puérperas, de las cuales 138 integraron el grupo de casos (menos de seis atenciones prenatales) y 138 el grupo control (seis o más atenciones durante el embarazo). Se aplicó un cuestionario validado para registrar

variables relacionadas con la violencia doméstica (física, psicológica y sexual), además de datos sociodemográficos. Para medir el grado de asociación entre estas variables se utilizaron la prueba de Pearson, la prueba exacta de Fisher y la razón de momios para estimar la probabilidad de ocurrencia. Los hallazgos mostraron que la escolaridad se asoció significativamente con la atención prenatal insuficiente ($p < 0,001$). Asimismo, distintas formas de violencia, como golpes, empujones y caídas, se asociaron de manera significativa con una menor asistencia a los controles prenatales. El riesgo fue mayor cuando la agresión provenía de la pareja (razón de momios = 6,75; IC95%: 1,94-23,48) o de la expareja (razón de momios = 10,7; IC95%: 1,35-84,79). La violencia sexual también mostró asociación con la atención prenatal insuficiente (razón de momios = 4,74; IC95%: 1,01-22,37; $p = 0,031$). Se concluyó que existió una asociación significativa entre la violencia doméstica, en sus diferentes formas, y la insuficiencia en la atención prenatal. Estos resultados dejaron en evidencia la necesidad de incorporar la violencia de pareja como un factor de riesgo dentro de los programas de atención prenatal, con el fin de fortalecer la detección temprana y la atención integral de las gestantes. (Ochoa Lorenzo y otros, 2025)

De manera complementaria, una investigación realizada en Ecuador durante el periodo marzo-agosto del mismo año buscó evaluar la percepción sobre las barreras para el acceso al control prenatal de las embarazadas atendidas en un centro de salud. Este estudio observacional, descriptivo de corte transversal incluyó una muestra no probabilística de 153 embarazadas. La información se recabó mediante el “Cuestionario percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal” creado por los propios autores de la investigación. El mismo fue validado mediante estudio piloto y medía datos sociodemográficos como edad, procedencia, nivel de escolaridad, situación laboral de la gestante y de la pareja, estado civil e ingreso promedio familiar. También se incluyeron datos gineco- obstétricos como la edad gestacional del primer control prenatal, cantidad de controles prenatales, cantidad de gestaciones, partos, periodo intergenésico y abortos. También se obtuvieron datos sobre barreras asociadas a la calidad de atención, barreras individuales psicosociales y barreras socioeconómicas. Como resultados se obtuvo que el 79,74% de las gestantes tenían entre 25 y 30 años, el 77,78% eran de procedencia rural y el 37,91% poseían un nivel de escolaridad secundaria. Casi la mitad de las embarazadas eran casadas (47,06%), y trabajaban (47.71%). Casi tres cuartas partes de las encuestadas tenían un ingreso familiar básico. Respectos a los datos gineco-obstétricos de las mujeres se observó que el 83,01 % inició el control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Además, el 56,86 % de las gestantes asistió entre

cuatro y seis controles prenatales. La mayoría de las mujeres se encontraba en su segundo embarazo (47,06 %) y el tipo de parto más frecuente fue el vaginal (56,86 %). En cuanto al período intergenésico, el 47,71 % tenía un intervalo de uno a dos años, y el 71,9 % no había tenido abortos previos. En cuanto a las barreras relacionadas con la calidad de la atención en el centro de salud, se identificó que el 68,83 % de las embarazadas consideró que la accesibilidad era limitada, por resultar lejana o complicada. En contraste, el 43,14 % evaluó positivamente la calidad de las instalaciones. Asimismo, el 62,09% percibió que el horario de atención era adecuado. No obstante, el 60,78 % señaló que el tiempo de espera osciló entre 15 y 30 minutos, y el 71,90% manifestó haber enfrentado dificultades para acceder a atención ginecológica. Respecto a las barreras individuales y psicosociales, se evidenció que más de la mitad de las gestantes atravesaba un embarazo no planificado ni deseado, presentando además síntomas de depresión y falta de motivación. Un porcentaje considerable (88,89 %) indicó que el cuidado de otros hijos dificultaba su asistencia a las consultas prenatales. En contraste, fueron pocas las mujeres que mencionaron haber olvidado citas médicas o haber sentido desconfianza hacia el personal de salud. En relación con las barreras socioeconómicas que limitaron el acceso al control prenatal (ACP), se destacaron las dificultades económicas (90,2 %), los problemas para trasladarse al centro de salud (93,46 %) y las responsabilidades domésticas (87,58 %). Por otra parte, las principales barreras institucionales estuvieron asociadas a la dificultad para conseguir citas médicas (98,69%), los tiempos de espera prolongados (97,38 %) y la escasa duración de las consultas (96,08%). Las embarazadas identificaron a las barreras individuales y psicosociales como las más influyentes en el acceso al control prenatal, con un total de 901 respuestas, seguidas por las barreras socioeconómicas (502 respuestas) e institucionales (462 respuestas). Se observó que las variables de embarazo no planificado, limitaciones económicas, dificultades para el traslado, acceso restringido a las citas médicas, largos tiempos de espera y consultas de corta duración presentaron una razón de probabilidades (OR) mayor a 1. Esto sugirió que la presencia de estas barreras se asocia con una mayor probabilidad de inasistencia al control prenatal, en comparación con los casos en los que dichas barreras estuvieron ausentes, por lo que se concluyó que es fundamental comprender la percepción de las barreras para identificar y superar tanto los obstáculos reales como los percibidos que puedan comprometer la salud materno-fetal, y así asegurar que las mujeres embarazadas reciban la atención necesaria para un embarazo saludable. Los hallazgos subrayaron la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, atender las barreras de tipo individual, psicosocial y socioeconómico, y reforzar los aspectos institucionales con el fin

de garantizar un acceso oportuno y adecuado al control prenatal. (Cano Montesdeoca & Marrero González, 2024)

Por último, es importante incluir el estudio llevado a cabo en Ecuador durante el primer trimestre de 2025. Éste tuvo como objetivo investigar la percepción de las mujeres gestantes sobre barreras, experiencias y significados atribuidos a los controles prenatales con el fin de entender el fenómeno de la mortalidad materna. Se utilizó un enfoque mixto que permitió triangular datos oficiales y experiencias personales otorgando una visión integral del problema. La población estuvo conformada por gestantes y puérperas entre 15 y 45 años de distintos niveles educativos y socioeconómicos que recibieron atención prenatal entre enero del 2023 y abril del 2025. La muestra no probabilística de tipo intencional estuvo conformada por 60 mujeres. También se consideraron seis entrevistas a profesionales de la salud (3 ginecólogas, 2 enfermeras obstétricas y un trabajador social). Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado de 20 ítems que indagaba sobre frecuencia de controles, tiempo de espera, nivel de satisfacción, complicaciones durante la gestación, y percepción de calidad de servicio. Para las entrevistas semiestructuradas se hizo hincapié en la percepción sobre barreras estructurales, actitudinal, recursos disponibles e impacto del contexto socioeconómico sobre la atención prenatal. Los resultados mostraron que, a mayor nivel educativo, mayor probabilidad de iniciar tempranamente los controles prenatales. Por ejemplo, el 39% de las mujeres con estudios universitarios iniciaron los controles en el tercer mes y 35% en el segundo mes, mientras que las mujeres con primaria incompleta comenzaron sus controles principalmente en el quinto mes. Se observó una correlación positiva entre el número de controles prenatales realizados y la satisfacción con el servicio: las mujeres que asistieron a siete o más controles reportaron satisfacción completa, mientras que aquellas con uno o dos controles declararon insatisfacción. Respecto a la etnia, las mujeres blancas y mestizas percibieron un trato más respetuoso y recibieron explicaciones claras sobre los resultados médicos, mientras que las afrodescendientes e indígenas reportaron trato menos favorable y menor claridad en la comunicación. El lugar de residencia también influyó en el acceso: todas las mujeres urbanas asistieron a controles, mientras que el 50% de las rurales no accedió al servicio. Entre quienes sí asistieron, las rurales identificaron los horarios como la principal dificultad, mientras que las urbanas señalaron principalmente el cuidado de hijos y obligaciones familiares. Finalmente, se constató una relación inversa entre número de controles prenatales y complicaciones maternas o neonatales: las mujeres con uno o dos controles presentaron 100% de complicaciones, mientras que ninguna de las que completó siete o más controles reportó

problemas. Además, las entrevistas realizadas a profesionales de salud permitieron identificar barreras estructurales, organizativas y socioculturales que afectaban directamente en la baja asistencia y continuidad de los controles prenatales. Se observó que la distancia a los centros de salud, la falta de transporte y la escasa coordinación entre instituciones limitaban el acceso oportuno, sobre todo en las zonas rurales. También se registraron carencias en infraestructura y personal, junto con una mala organización de turnos que provocaba demoras y pérdida de continuidad en la atención. Como conclusión de la investigación, se evidenció la necesidad urgente de implementar políticas de atención con una mirada intercultural y humanizada, así como de empoderar a las gestantes como sujetos activos de salud, promoviendo además acciones que garanticen el derecho a una atención materna integral y digna. (Encalada Campos y otros, 2025)

Teniendo en cuenta los resultados expuestos en los antecedentes mencionados se puede asumir que indistintamente del contexto, la atención prenatal constituye una estrategia esencial en la promoción de la salud materno-infantil, ya que permite la identificación precoz y el manejo oportuno de factores de riesgo que pueden afectar tanto el curso del embarazo como la salud del recién nacido. A través de los controles prenatales, es posible detectar complicaciones como hipertensión arterial, diabetes gestacional, infecciones maternas y alteraciones en el desarrollo fetal, contribuyendo así a la reducción de morbilidad y mortalidad perinatal. Asimismo, un seguimiento adecuado favorece la prevención de eventos adversos como el parto pretérmino, el bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal. Además, estos controles ofrecen un espacio propicio para la educación, el acompañamiento y la preparación para el parto, fortaleciendo el vínculo entre el equipo de salud y la persona gestante. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Justificación y Planteamiento del problema en estudio

Frente a esta situación, resulta de vital importancia para la salud pública conocer en detalle los factores que promueven o dificultan la adherencia de las personas gestantes al control prenatal. Para esto, en el presente estudio se seleccionó un hospital público de la zona sur de la ciudad de Rosario el cual es referente de 18 Centros de Salud de los distritos sur y sudoeste de la ciudad. En este efector se realizan 1665 partos anuales los cuales corresponden a un 20% del total del Departamento Rosario. (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2023)

De acuerdo a una primera visita realizada a la institución durante la segunda semana de julio de 2025, en un período de siete días, distribuidos en jornadas parciales de seis horas diarias, se observó en la guardia obstétrica la consulta de 23 gestantes a término, de las cuales el 20% no había realizado los controles prenatales mínimos recomendados. Esta situación cobra especial relevancia si se considera que entre los principales motivos de internación en su sala de neonatología según el Departamento de Estadística de dicho efector se encuentran patologías mayormente prevenibles mediante una adecuada atención prenatal, como prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, desnutrición fetal, sepsis bacteriana del recién nacido y sífilis congénita.

Estos datos evidencian la necesidad de comprender las barreras percibidas por las personas gestantes que impiden la adherencia al control prenatal para así poder definir estrategias específicas que favorezcan una mayor participación en los programas de atención perinatal, mejorando así los indicadores de salud materno-infantil en la población local.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el problema de investigación queda formulado de la siguiente manera:

¿Cuáles son las barreras para el acceso prenatal que influyen en la falta de adherencia de los controles prenatales según edad y nivel de instrucción de las personas que asisten al servicio de maternidad de un hospital público de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre de 2026?

Hipótesis y objetivos

Las hipótesis que se sostienen al respecto son:

Las barreras individuales/psicosociales presentan un mayor impacto en comparación con las barreras socioeconómicas o institucionales en la falta de adherencia a los controles prenatales.

Las personas gestantes de mayor edad señalan un mayor impacto de las barreras socioeconómicas, mientras que las menores perciben un mayor impacto de las barreras institucionales.

Las personas gestantes con menor nivel de instrucción distinguen un mayor impacto de las barreras institucionales.

Objetivo general

Determinar cuáles son las barreras para el acceso prenatal que influyen en la falta de adherencia de los controles prenatales según edad y nivel de instrucción de las personas gestantes que asisten al servicio de maternidad de un hospital público de la ciudad de Rosario durante el segundo semestre de 2026.

Objetivos específicos

Caracterizar edad y nivel de instrucción de las personas gestantes.

Determinar las barreras percibidas para el acceso al control prenatal por las gestantes asociadas a barreras individuales / psicosociales, barreras socioeconómicas y barreras institucionales del centro prestador del servicio.

Determinar el impacto de las barreras según cada dimensión.

Comparar el impacto percibido de las barreras según edad y nivel de instrucción.

Marco Teórico

El primer término a definir en la presente investigación es el de control prenatal, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el mismo es la atención que recibe la persona gestante por profesionales de la salud capacitados a lo largo del embarazo, a través de visitas periódicas. Estas consultas permiten vigilar la evolución de la gestación, detectar riesgos, prevenir y tratar enfermedades relacionadas con el embarazo y promover la educación en salud centrada en la persona gestante desde una experiencia positiva. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación lo define como una serie de encuentros planificados entre la persona gestante y el equipo de salud. Su finalidad es acompañar a la persona durante el embarazo, prevenir complicaciones, y garantizar el acceso a estudios y cuidados básicos. Además, se trata de un derecho de todas las gestantes y se encuentra asegurado de manera gratuita en el sistema público de salud. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

Este trabajo se enfoca en el control del embarazo de bajo riesgo, entendido como aquel que transcurre sin complicaciones médicas, obstétricas ni sociales que puedan poner en peligro la salud materna o fetal. Según la OMS (2016), se considera de bajo riesgo cuando las probabilidades de resultados adversos para la madre y el recién nacido son mínimas, y no se identifican factores de riesgo que requieran intervenciones especiales.

En Argentina, el embarazo de bajo riesgo puede ser acompañado y controlado en el primer nivel de atención, siguiendo las recomendaciones establecidas por dicho organismo y en el marco de la Ley N.º 27.611, conocida como Ley de los Mil Días. Esta normativa busca fortalecer la atención y el cuidado integral de la salud de las personas embarazadas y de los niños y niñas durante la primera infancia (hasta los tres años de vida), con el propósito de reducir la mortalidad y la desnutrición, proteger los vínculos tempranos y prevenir la violencia. Además, promueve prácticas de salud y cuidado, como los controles prenatales y la vacunación, garantiza el derecho a la identidad y asegura el acceso a leches medicamentosas, fórmulas alimentarias y educación ambiental integral.

Por contraposición, y según las Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal (2013) dispuestas por el Ministerio de Salud de la Nación se considera embarazo de riesgo a aquel en el que existen antecedentes o condiciones maternas,

obstétricas o gestacionales que incrementan la posibilidad de complicaciones. Entre los principales componentes se encuentran: abortos espontáneos recurrentes, enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, autoinmunes, así como edad menor de 17 años o mayor de 35 años. También se contemplan causas gestacionales o del curso actual del embarazo como hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, infecciones adquiridas durante el embarazo (sífilis, VIH, toxoplasmosis, entre otras), polihidramnios u oligohidramnios, alteraciones del crecimiento fetal, placenta previa o desprendimiento de placenta, gestación múltiple, amenaza de parto pretérmino o rotura prematura de membranas. Así mismo, otros factores de riesgo son antecedentes de recién nacidos con malformaciones congénitas o bajo peso y condiciones socioambientales que puedan afectar la salud de la gestante.

Teniendo en cuenta que esta investigación se centra en el **control prenatal de bajo riesgo**, resulta fundamental describir cómo se organiza y desarrolla éste en Argentina. El mismo constituye una estrategia prioritaria dentro de las políticas de salud materna del país, orientada a garantizar el seguimiento continuo de la persona gestante y la detección temprana de cualquier factor de riesgo que pudiera modificar el curso del embarazo. En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación establece pautas y recomendaciones específicas para la atención integral durante la gestación, definidas en los últimos documentos nacionales: Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal (Ministerio de Salud de la Nación, 2015) y Guía de Práctica Clínica: Atención prenatal de bajo riesgo (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

La última de las guías mencionadas incorpora las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016, a partir de las cuales el Ministerio de Salud de la Nación actualizó las pautas sobre la atención prenatal. En ellas se establece un mínimo de ocho contactos entre la persona gestante y el equipo de salud a lo largo del embarazo. Esta nueva estrategia reemplaza al modelo anterior de cinco controles, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención, favorecer la detección temprana de complicaciones y fortalecer el vínculo entre la gestante y el sistema de salud (OMS, 2016; Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Retomando lo anteriormente mencionado, el cronograma de atención prenatal de bajo riesgo propuesto por el Ministerio de Salud se estructura en etapas que responden a las necesidades y características propias de cada trimestre buscando garantizar un seguimiento

integral que incluya aspectos clínicos, preventivos, emocionales y sociales. A continuación, se detalla el mismo, con las actividades principales correspondientes a cada trimestre para el seguimiento de embarazo de bajo riesgo:

- Durante el primer trimestre del embarazo, el equipo de salud debe realizar el **primer contacto** prenatal. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) y el Ministerio de Salud de la Nación (2013), este debe ser precoz, antes de las 12 semanas, ya que permite identificar tempranamente factores de riesgo y establecer medidas preventivas oportunas que favorezcan el bienestar materno-fetal. En esta etapa, se realiza la confirmación del embarazo y una evaluación inicial del riesgo obstétrico, lo cual orienta la frecuencia y el nivel de complejidad de los controles subsiguientes. Asimismo, el control de la tensión arterial, el peso, la talla y el cálculo del índice de masa corporal (IMC) resultan esenciales para detectar alteraciones como la hipertensión o el sobrepeso, condiciones asociadas a complicaciones maternas y perinatales que serán controladas en todos los contactos que tenga la persona gestante con el profesional. Tan importante es también la solicitud de estudios de laboratorios iniciales (como hemograma, glucemia, grupo y factor Rh, orina y urocultivo, y serologías para VIH y sífilis) que permiten identificar infecciones, incompatibilidad sanguínea materno fetal o condiciones metabólicas que requieren tratamiento o seguimiento específico. De acuerdo con las Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal (Ministerio de Salud de la Nación, 2013), estas pruebas son fundamentales para prevenir complicaciones como la anemia, la diabetes gestacional o la transmisión vertical de infecciones. También, se indican las vacunas correspondientes al calendario nacional, suplementación con ácido fólico y hierro para prevención de la anemia y se solicita la ecografía del primer trimestre. Ésta idealmente debe realizarse entre las semanas 11 y 13,6 para evaluar la vitalidad fetal, determinar la edad gestacional y medir la translucencia nuchal, la cual permite estimar el riesgo de anomalías cromosómicas como por ejemplo síndrome de Down o el síndrome de Patau entre otros. Conjuntamente debe realizarse un examen ginecológico completo (Papanicolaou, colposcopia y evaluación mamaria) el cual constituye una oportunidad para la detección precoz de patologías del tracto genital y de mama. Además, se brinda asesoramiento en alimentación saludable, prevención de infecciones de transmisión sexual, consumo de sustancias y situaciones de violencia, reforzando el enfoque preventivo y de promoción de la salud que caracteriza al control prenatal así como

también se recomienda la derivación a control odontológico, dado que la salud bucal incide en el embarazo y se asocia con complicaciones como prematuridad, bajo peso al nacer y muerte fetal.

- Durante el segundo trimestre del embarazo se recomienda realizar el **segundo contacto** entre las semanas 20 y 22, momento en el que el equipo de salud lleva a cabo una reevaluación del riesgo obstétrico, junto con el control antropométrico y de la tensión arterial, con el fin de monitorear la evolución del peso, la presión y el crecimiento uterino. Estas mediciones periódicas son esenciales para identificar a tiempo situaciones como hipertensión gestacional o restricción del crecimiento intrauterino. Durante este período, se solicita la ecografía morfológica, idealmente entre las semanas 19 y 24, estudio clave para la detección y evaluación temprana de anomalías estructurales, placenta, volumen del líquido amniótico, etc. Asimismo, se realiza el refuerzo de las vacunas contempladas en el calendario nacional, garantizando la protección inmunológica tanto de la persona gestante como del recién nacido. En este contacto también se promueve la consejería sobre lactancia y nutrición saludable, brindando información sobre la preparación para la lactancia materna, los beneficios del amamantamiento y la importancia de mantener una alimentación equilibrada durante el embarazo.
- El **tercer contacto**, alrededor de la semana 26, mantiene la lógica de seguimiento y control, reforzando la reevaluación del riesgo y los controles antropométricos. En este momento se indica la prueba de tolerancia oral a la glucosa (P75), destinada a la detección de diabetes gestacional, una de las principales complicaciones metabólicas del embarazo. La identificación y el manejo temprano de esta condición permiten reducir riesgos como macrosomía fetal, parto prematuro y muerte fetal. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023). Finalmente, se retoman las acciones de asesoramiento en alimentación y hábitos saludables.

En el tercer trimestre del embarazo, el control prenatal adquiere especial relevancia, ya que se orienta al seguimiento del crecimiento fetal, la preparación para el parto y la detección temprana de posibles complicaciones. Según las recomendaciones de la OMS (2016) y el Ministerio de Salud de la Nación (2019), esta etapa exige controles más frecuentes y exhaustivos que permitan garantizar la seguridad materno-fetal y planificar adecuadamente el nacimiento.

- El **cuarto contacto**, alrededor de la semana 28 -30, incluye una evaluación clínica completa y tamizaje de riesgo. Se indica la administración de Inmunoglobulina anti-D en personas gestantes RH (-) no sensibilizadas. En esta instancia, el equipo de salud brinda consejería sobre lactancia y métodos anticonceptivos posparto, anticipando la planificación familiar y reforzando la continuidad del cuidado una vez finalizado el embarazo.
- El **quinto contacto**, a la semana 34, contempla un control clínico integral, la solicitud de laboratorio de rutina, orina, urocultivo y serologías, así como la evaluación cardiológica de la persona gestante mediante electrocardiograma y valoración del riesgo quirúrgico. Esta valoración es fundamental para la planificación de la vía de parto, teniendo en cuenta los antecedentes obstétricos, el estado materno y la evolución del embarazo (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).
- Hacia la semana 36, durante el **sexto contacto**, se realiza un control obstétrico integral, orientado a evaluar el bienestar fetal y las condiciones del cuello uterino. En esta consulta se lleva a cabo el tamizaje para *Streptococcus agalactiae* (entre las semanas 35 y 37), bacteria cuya detección y tratamiento oportuno reducen el riesgo de infección neonatal. También se refuerza la consejería sobre lactancia y planificación anticonceptiva posparto, promoviendo la toma de decisiones informadas y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- El **séptimo contacto**, aproximadamente en la semana 38, se destina a la reevaluación clínica y obstétrica, así como a la orientación sobre los signos de alarma y las señales de inicio del trabajo de parto. En este punto, el equipo de salud debe garantizar que la persona gestante cuente con información clara sobre el servicio de maternidad al que debe concurrir, de acuerdo con el nivel de complejidad necesario para su atención.
- Finalmente, en el **octavo contacto**, hacia la semana 40, se efectúa el control obstétrico final y la evaluación del bienestar fetal, reforzando las pautas de alarma y la preparación para el parto. Además, se confirma el lugar de atención del nacimiento, asegurando la coordinación con el equipo asistencial y la continuidad del cuidado en el puerperio inmediato. (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)

En este marco, para garantizar una adecuada aplicación de la norma de control prenatal, es fundamental contar con un sistema de registro.

En Argentina, este sistema se realiza principalmente a través de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y el Carnet Perinatal (CP). En cuanto al primero, este tiene como objetivos normalizar y unificar la recolección de datos, planificar la atención materno-infantil, facilitar la aplicación de normas, contribuir a la supervisión y evaluación de la atención, constituyendo un registro legal y epidemiológico. Incluye información clínica del control preconcepcional, prenatal y puerperal.

Por su parte, El Carné Perinatal es el documento que debe permanecer siempre en poder de la persona gestante, permitiendo integrar las acciones del equipo de salud y evitando la pérdida de información. A su vez, ambos documentos se encuentran integrados al Sistema Informático Perinatal (SIP), desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud. Este sistema, implementado en Argentina desde 2008, permite registrar y analizar la información clínica vigilando y evaluando indicadores materno-neonatales a nivel local, regional y nacional y generando estadísticas confiables. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013)

En este contexto, para poder implementarse este cronograma de ocho controles prenatales, garantizando una atención continua e integral se requiere de un sistema sanitario organizado, accesible y con capacidad de respuesta en todos los niveles de atención. En este sentido, resulta pertinente considerar el funcionamiento del sistema de salud argentino.

El sistema de Salud de la República Argentina se organiza en tres subsistemas: público, obras sociales y privado, siendo el público el de mayor alcance territorial. Este subsistema se encuentra descentralizado en las provincias, que definen sus propias formas de gestión, financiamiento e infraestructura.

En la ciudad de Rosario, el subsector estatal se compone de dos jurisdicciones político-administrativas, provincia y municipio, que comparten un mismo espacio territorial y enfrentan problemáticas sanitarias comunes. Ambas redes, tanto la provincial como la municipal, desarrollan acciones basadas en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), orientadas a garantizar el acceso equitativo y la continuidad del cuidado.

Es importante agregar y de interés para este trabajo, el Sistema de Salud Pública Municipal de Rosario se organiza en distintos niveles de atención. El primer nivel, integrado por 50 Centros de Salud, constituye el principal punto de acceso de la población y es el espacio donde se materializa el vínculo cotidiano entre el equipo de salud y la comunidad. Allí es donde

las personas gestantes realizan sus controles prenatales de bajo riesgo obstétrico. Estos efectores se organizan territorialmente para garantizar cobertura en todos los distritos de la ciudad, brindando respuestas integrales y articuladas con los efectores de segundo y tercer nivel, que incluyen hospitales de mediana y alta complejidad, maternidades y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). (Álvarez, 2011) (Puzzolo y otros, 2021) (Municipalidad de Rosario, 2024)

Ahora bien, no basta con contar con instituciones o políticas que aseguren el derecho a la salud si las personas no logran acceder y sostener su participación en las acciones de cuidado. En este sentido, la **adherencia** representa un aspecto esencial del proceso de atención, ya que implica el grado en que el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones de salud indicadas. Esto incluye asistir a los controles programados, seguir las indicaciones terapéuticas, realizar los cambios en el estilo de vida sugeridos y completar los estudios solicitados. A diferencia del término “cumplimiento”, que alude a una conducta más pasiva y puede atribuir la responsabilidad exclusivamente al paciente, la “adherencia” enfatiza el compromiso activo de la persona con su tratamiento y reconoce también el rol del profesional en generar un contexto de comprensión, comunicación y acompañamiento que favorezca la toma de decisiones compartidas y, en consecuencia, una mayor efectividad de las intervenciones terapéuticas. (Perarlt & Carbajal, 2008)

A partir de este concepto, si nos referimos a la problemática que motiva este trabajo, la **falta de adherencia a los controles prenatales** observada en un efector de salud de la ciudad de Rosario como anteriormente se mencionó adquiere una relevancia particular. Esta situación invita a reflexionar acerca de las posibles barreras que intervienen en el acceso y la continuidad del cuidado durante el embarazo.

Frente a esta situación, resulta pertinente recuperar los aportes de Nola Pender (1941–actualidad), enfermera y teórica estadounidense reconocida por haber desarrollado la Teoría del Modelo de Promoción de la Salud, que sirve para comprender la falta de adherencia desde una mirada integral y positiva de la salud. Su modelo parte de la idea de que cada persona posee características y experiencias personales únicas que influyen en sus acciones y decisiones posteriores relacionadas con el cuidado. Desde esta perspectiva, el comportamiento en salud no se limita al cumplimiento de una indicación profesional, sino que está atravesado por percepciones, emociones, apoyos y barreras que condicionan la conducta.

El modelo plantea que los comportamientos previos y las características personales, tanto heredadas como adquiridas, influyen en las creencias, afectos y decisiones respecto a las conductas promotoras de salud. Entre estos factores se incluyen la edad, el nivel de instrucción, el nivel económico, la percepción del propio estado de salud y la automotivación, todos elementos que inciden directamente en la disposición de una persona a comprometerse con conductas de cuidado. A la vez, las **barreras percibidas** pueden limitar ese compromiso o dificultar la puesta en práctica del comportamiento deseado, actuando como mediadores que determinan el grado de adherencia.

En este trabajo se consideran tres tipos de barreras: individuales o psicosociales, socioeconómicos e institucionales. Los obstáculos individuales o psicosociales se vinculan con percepciones, creencias y emociones de la gestante, que forman parte de sus experiencias personales y afectan su motivación hacia la conducta saludable. El miedo, la falta de información, la desmotivación o la subestimación de los riesgos pueden limitar la asistencia a los controles, especialmente cuando no existe una comprensión clara de su importancia o cuando la persona percibe que su estado de salud es “bueno” y no considera necesario asistir.

Los obstáculos socioeconómicos se relacionan con las condiciones materiales y sociales que dificultan el acceso al sistema de salud, como la falta de recursos para el transporte, la pérdida de ingresos por ausentarse del trabajo o la ausencia de redes familiares de apoyo. Por último, los obstáculos institucionales remiten a dificultades dentro del propio sistema de salud: la escasez de turnos, las largas esperas, los horarios poco flexibles o la falta de comunicación adecuada entre el equipo de salud y las gestantes. Estas limitaciones del entorno, que Pender denomina influencias situacionales, pueden disminuir la motivación y el compromiso con la conducta deseada.

Pender también destaca que cuando las personas asocian emociones positivas con una conducta, aumenta la probabilidad de mantener el compromiso y pasar a la acción. Por eso, la manera en que las gestantes vivencian los controles prenatales, el trato recibido y el acompañamiento que perciben resulta clave para sostener su participación. Además, las influencias interpersonales tienen un peso significativo: las familias, los pares y, especialmente, los profesionales de la salud, son fuentes de apoyo y modelado de conducta. En este punto, el rol del equipo de salud —en particular del personal médico y de enfermería— cobra gran relevancia como promotor de salud, al favorecer vínculos de confianza, ofrecer información clara y generar experiencias positivas en torno al cuidado.

Finalmente, Pender advierte que el compromiso con un plan de acción puede verse afectado cuando existen demandas o dificultades externas que exceden el control de la persona. En el caso de las gestantes, las limitaciones institucionales, la falta de recursos o las responsabilidades familiares y laborales pueden interferir con la asistencia a los controles, disminuyendo el grado de adherencia. De ahí la importancia de comprender estos factores no como una falta de interés individual, sino como parte de un entramado de elementos personales, sociales y estructurales que condicionan las posibilidades reales de cuidado. (Nurseslabs, 2024)

Por todo ello, a través de este trabajo se busca identificar las barreras que afectan a esta población, con el objetivo de aportar conocimientos que orienten la planificación de estrategias de enfermería dirigidas a fortalecer la adherencia y garantizar la continuidad del cuidado. Comprender estos factores que condicionan la participación de estas gestantes en los controles prenatales permite no solo mejorar la calidad de las intervenciones, sino también favorecer la toma de decisiones basadas en las necesidades reales de la comunidad.

Material y Métodos

Tipo de estudio

Se llevará a cabo un estudio de abordaje cuantitativo, el cual se encuentra formado por una serie de etapas secuenciales y probatorias. Comenzando desde una idea de donde se desprenderán objetivos y preguntas de investigación para luego establecer hipótesis y determinar variables dentro de un marco teórico; en consecuencia, se definirá luego un plan o diseño para probar dichas hipótesis que al ejecutarlo y analizar resultados se extraerán conclusiones respecto a las hipótesis planteadas. (Hernández Sampieri y otros, 2014)

La investigación será no experimental dado que las variables no serán manipuladas, serán estudiadas cómo se presentan en la realidad. (Hernández Sampieri y otros, 2014)

El alcance buscado para esta investigación será descriptivo ya que indagará y describirá el fenómeno en estudio, es decir, qué impacto tienen las barreras para el acceso al control prenatal, la edad, nivel de instrucción sobre la no adherencia a los controles prenatales en personas gestantes proporcionando una representación detallada y precisa de lo observado sobre ellas. (Hernández Sampieri y otros, 2014)

La medición de las variables será transversal. Los datos serán recolectados en un solo momento en un tiempo único, estudiándose las variables simultáneamente, por lo que el instrumento de recolección de datos se aplicará en una única oportunidad. Además, la información se recogerá y registrará según vayan ocurriendo los hechos por lo que será prospectivo. (Hernández Sampieri y otros, 2014)

Sitio y contexto: Descripción del sitio y criterios de elegibilidad

El lugar seleccionado para realizar la investigación es un hospital público ubicado en la zona sur de la ciudad de Rosario. El mismo cumple con los criterios buscados de elegibilidad para realizar el estudio; institucionalmente es accesible, permiten efectuar la recolección de datos, posee las variables que se pretenden medir y presenta una estabilidad del ambiente experimental que asegura mismas condiciones para los participantes. Para la selección del sitio se aplicó la guía de convalidación de sitio el cual es el primer control de validez interna. (Polit & Hungler, 2000)

Este efector dependiente de la Secretaría de Salud Pública Municipal, es una institución descentralizada que corresponde al 2º nivel de atención, referente de los distritos sur y sudoeste de la ciudad. Ofrece a la comunidad consultorios externos de: clínica, ginecología, odontología, traumatología, cardiología, pediátrica, neurología, oftalmología, fonoaudiología, salud mental, nutrición y kinesiología; servicio de laboratorio; servicio de diagnóstico por imágenes (ecografía y radiología); servicio de farmacia; servicio de bacteriología; servicio de vacunación; morgue; esterilización. Cuenta también con áreas de cirugía, internación de clínica adulto, Neonatología, Maternidad y tres guardias distribuidas en guardia general adulta, pediátrica y de toco ginecología y obstetricia.

Para el interés del trabajo el sector elegido de maternidad cuenta con capacidad de 24 camas. Allí se internan tanto púerperas como gestantes cursando embarazos de alto riesgo correspondientes de la zona sur y sudoeste de la ciudad. La edad de las personas internadas varía en general de 15 a 40 años. Según estadísticas aportadas por la institución el segundo semestre es donde se realizan mayor cantidad de partos y cesáreas.

Respecto a la problemática detectada, tal como se comentó en la justificación y planteamiento del problema, en la institución existe un porcentaje de gestantes que no realizan los controles prenatales mínimos recomendados, situación que adquiere relevancia si se considera que entre los principales motivos de internación en la sala de neonatología se registran patologías prevenibles mediante una adecuada atención prenatal, lo que evidencia la presencia de barreras que dificultan el acceso y la adherencia a dichos controles.

Población y Muestra

A partir de los datos estadísticos aportados por la Municipalidad de Rosario (2022) y verificados con la Guía de Convalidación de Sitio, en el hospital se registraron 1.288 nacimientos durante ese año, lo que equivale a aproximadamente 644 partos en un período de seis meses. Considerando este volumen y los criterios de inclusión y exclusión establecidos, para el presente trabajo se tomará a la población total de personas gestantes que se encuentren cursando el puerperio inmediato en el hospital seleccionado durante el período de recolección de datos, comprendido entre los meses de julio y diciembre del 2026. Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Con el fin de determinar las barreras percibidas que afectan la adherencia al control prenatal, la unidad de análisis estará constituida por personas gestantes cuyo embarazo haya llegado a término, en un rango etario de 17 a 34 años, que refieran haberse enterado de su embarazo antes de las 13 semanas de gestación, que cuenten menos de 8 prenatales registrados en el carnet perinatal, y que acepten participar voluntariamente en la investigación.

Quedarán excluidas aquellas personas gestantes con embarazo de alto riesgo obstétrico, quienes tengan a su recién nacido internado en neonatología o estén atravesando un duelo por muerte neonatal, así como aquellas que refieran no contar con el registro completo de sus controles en el carnet perinatal. También se excluirán las personas gestantes analfabetas, no por su condición en sí, sino porque requerirían la asistencia de otra persona para la lectura del cuestionario, lo que podría influir en la sinceridad de las respuestas brindadas.

En lo que respecta a la validez externa el fin del trabajo no es extender los resultados a una población más amplia sino indagar en profundidad sobre las características particulares de la población que absorbe ese hospital en particular. Los resultados serán generalizables sólo a la población en estudio, en este caso a las personas gestantes que atiendan su parto en este nosocomio ya que no se han estudiado otras poblaciones, ni otros contextos, los cuales pueden poseer características diferentes. (Hernández Sampieri y otros, 2014)

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para el siguiente estudio, se utilizarán técnicas de observación y encuesta a través de un instrumento de elaboración propia conformado por una lista de cotejo y un cuestionario autoadministrado. (ver AnexoII)

Para las variables que recogen características de las personas se recogerán los datos a través de la observación con una lista de cotejo. Para ello se analizarán los carnets perinatales relevando datos como edad, nivel de instrucción y falta de adherencia al control prenatal a través de la cantidad de controles realizados.

La segunda parte es un cuestionario autoadministrado utilizado para medir la variable “barreras percibidas para el acceso al control prenatal”. Para el mismo se tomó como referencia el cuestionario validado de la investigación “Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal” (Cano Montesdeoca y Marrero González, 2023). A partir de ese instrumento, se hicieron algunas modificaciones para adaptarlo al contexto local

y a las necesidades específicas de este estudio, manteniendo las dimensiones principales de barreras individuales/psicosociales, socioeconómicas e institucionales.

El cuestionario se elaboró con catorce ítems distribuidos en tres dimensiones de análisis. Para cada afirmación se empleó una escala tipo Likert de tres opciones, diseñada para identificar si la situación mencionada representó o no una barrera en la asistencia a los controles prenatales. Las categorías de respuesta fueron: “No me afectó”, “Me impidió asistir a 1 control prenatal” y “Me impidió asistir a más de 1 control prenatal”. Esta modalidad permitirá diferenciar entre la ausencia de impacto y distintos niveles de afectación en la asistencia.

Dentro de los factores que pueden afectar la confiabilidad y validez de los instrumentos se encuentra la improvisación con respecto a la lista de cotejo ya que es de elaboración propia y que el cuestionario no sea empático respecto a las personas en que se lo aplica. Para controlar la amenaza de inestabilidad del instrumento y probar que sea confiable y tenga correspondencia con la medición de las variables en estudio se aplicó una prueba piloto en 5 personas gestantes con características similares a la población en estudio. Las participantes fueron reclutadas en un sitio distinto al de la investigación. El objetivo fue verificar la claridad y comprensión de los 14 ítems. Los resultados mostraron que las afirmaciones fueron comprensibles y el tiempo de aplicación osciló entre 7 y 10 minutos para completar el instrumento. Tras la prueba piloto se concluyó que el cuestionario era adecuado, dinámico y claro, por lo que no fue necesario realizar modificaciones.

Como ventajas del cuestionario se puede mencionar que es de bajo costo ya que hay un solo facilitador, ofrece la posibilidad de aplicarse de forma autoadministrada otorgando respuestas más sinceras ya que la entrevistada no se siente juzgada por un entrevistador, Dentro de las desventajas deja excluida a las mujeres analfabetas ya que no pueden realizar el cuestionario por sus propios medios. Así como también al ser autodirigido existe el riesgo de formularios incompletos e imposibilidad de realizar aclaraciones. Con lo que respecta a la lista de cotejo es rápida y práctica por la poca cantidad de datos a observar.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos será realizada por la investigadora de dicho trabajo en el hospital seleccionado con previa autorización por parte del efector.

La misma se realizará de manera presencial cada dos días, durante el período de internación postnacimiento, que por protocolo institucional son 36 horas para partos vaginales y 48 horas para cesáreas. Se encuestará un máximo de 4 participantes.

Se abordará a las personas gestantes que cumplen con el periodo de internación post parto/cesárea en las habitaciones del sector de maternidad por la tarde ya que es donde el flujo de actividades rutinarias por parte de la institución es menor según los datos obtenidos a través de la Guía de Convalidación de Sitio. Se les dará una charla informativa sobre el estudio y se las invitará a participar en caso de contar con los criterios de inclusión. Posteriormente se les entregará el consentimiento informado el cual incluirá el propósito del estudio, implicancias de los resultados, confidencialidad del mismo y derechos del sujeto estudiado.

Una vez firmado el consentimiento se le entregará el cuestionario explicándole cómo resolverlo y dándole 10/15 minutos para responderlo. Durante este tiempo la investigadora reclutará a otra participante y así sucesivamente hasta llegar a cuatro personas. De esta forma se pretende evitar y controlar la amenaza difusión de tratamiento, es decir, que los participantes se comuniquen entre sí y esto afecte los resultados. Al finalizar la entrega del cuestionario de esta última se regresará a la primera encuestada para recuperar el instrumento y completar la lista de cotejo con los datos del carnet perinatal. Cada instrumento estará relacionado a través de un código asegurando la confiabilidad y anonimato.

Consideraciones Éticas

En base a los puntos planteados en la Resolución 1480/2011 “Guía para la investigación en salud humana” sección A, la investigadora considera que la realización de este trabajo se justifica desde el punto de vista ético ya que proporcionará un nuevo conocimiento y científicamente válido.

Se asegurará el respeto por las participantes, reconociendo su autonomía ya que participarán voluntariamente de la investigación habiendo recibido previamente la información completa, clara y precisa sobre el estudio a realizar para poder deliberar libremente si participan o no de la investigación.

En cuanto al principio de no maleficencia, se evitará realizar conjeturas o adoptar actitudes que puedan afectar la integridad de la gestante, considerando tanto la situación de no haber concurrido a los controles prenatales como las respuestas que pueda aportar. Asimismo, se

protegerá especialmente a aquellas gestantes cuyo neonato se encuentre internado en neonatología o que estén atravesando un duelo por muerte neonatal, evitando cualquier intervención o comentario que pueda generar sufrimiento adicional.

También se considerará el principio de beneficencia ya que se buscará a través del trabajo lograr los máximos beneficios posibles y proteger contra daños evitables a las participantes de la investigación. Por lo que se asegurará que la información recabada se utilizará para mejorar la atención prenatal y la salud de las personas gestantes.

Otro principio que aplicará es el de justicia ya que todas las encuestadas serán seleccionadas en función de las características necesarias para el estudio y tratadas de manera equitativa. Con respecto a la población analfabeta como anteriormente fue mencionado, no queda excluida por su condición en sí, sino porque implicaría comprometer la confidencialidad e intimidad de la persona participante al necesitarse un colaborador para lectura y registro del cuestionario.

Se asegurará la confidencialidad de los datos y el anonimato de las participantes. Sólo la investigadora tendrá acceso a los datos los cuales serán almacenados de manera segura y se publicarán los resultados del estudio con el fin de dar transparencia. Así mismo, antes de dar inicio al estudio, se someterá al mismo para ser revisado y aprobado por el comité de ética de la investigación. (Ministerio de Salud, 2011)

Plan de análisis

Para la siguiente investigación se utilizará una estadística descriptiva ya que permite describir, ordenar y clasificar los valores observados de las variables en estudio, **barreras para el acceso al control prenatal, edad y nivel de instrucción**. El software que se utilizará para el ingreso de datos y análisis será Epi Info. El cual tiene la ventaja de ser gratuito y está diseñado para profesionales e investigadores de la salud pública (Hernández Sampieri y otros, 2014)

Respecto al tipo de análisis, se realizará en primer lugar un análisis univariado para describir cada variable en particular. Para la variable de razón **edad** se describirán los datos a través de distribución de frecuencias, porcentajes y media aritmética. Para las variables ordinal **nivel de instrucción** y la nominal **barrera para el acceso al control prenatal** se aplicará distribución de frecuencias relativas y absolutas. Posteriormente, se efectuarán análisis

bivariados a fin de comparar el impacto percibido de las barreras según **edad** y **nivel de instrucción**. Para la representación gráfica de las frecuencias se utilizarán histogramas y para el nivel de impacto gráfico de torta.

Codificación

Una vez recolectados los datos, se agruparán por variables. Para poder llevar adelante esta tabulación, y para este fin, se requiere una codificación, mediante la cual se le asignará un valor numérico a cada ítem que se desprenden de los indicadores de cada variable.

Edad: la codificación se llevará a través del dato concreto en años.

Nivel de instrucción

Primario incompleto 1/ completo 2/ secundario incompleto 3/ completo 4/
universitario incompleto 5/ completo 6

Barrera percibidas para el acceso al control prenatal

Para la variable se codificarán las opciones de respuestas de la siguiente manera:

No me afectó: 0

Me impidió asistir a 1 control prenatal: 1

Me impidió asistir a más de 1 control prenatal: 2

La variable se reconstruirá agrupando los ítems según cada dimensión: barreras individuales/psicosociales, barreras económicas y barreras institucionales. Para cada dimensión, se sumarán los puntajes de sus ítems y se calculará la media, de manera que el rango quede entre 0 y 2. La interpretación de impacto por dimensión será: 0 a 0,4: **ausente o bajo impacto**; 0,5 a 1,4: **moderado impacto**; y 1,5 a 2 **alto impacto** de la dimensión sobre la adherencia al control prenatal.

Cronograma de actividades

Actividades	Jul	ago.	sept	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may
Selección de datos											
Recolección de datos											
Análisis e interpretación de los resultados											
Elaboración de resultados											
Conclusiones											
Redacción del informe final											

Referencias Bibliográficas

Álvarez, A. I. (2011). *Prácticas y saberes de enfermería en el modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria de la salud. Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario 2010.* Universidad Nacional de Lanús: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/029824_Alvarez.pdf

Cano Montesdeoca, M., & Marrero González, D. (2024). Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. *Revista Eugenio Espejo*, 18(1), 39-57. <https://doi.org/https://doi.org/10.37135/ee.04.19.05>

Casimiro-Soriano, E. M., Unchupaico-Fermín, J., & Unchupaico-Payano, I. G. (2022). *FACTORES DE RIESGO EN EL PARTO PRETÉRMINO DE GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL DE JUNÍN.* <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/347/355>

Chávez, D. B., Sánchez, N. d., & Ahuacatitla, J. C. (2024). *Factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal.* https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/01/1_27_factores-que-influyen-en-el-inicio-tardio-del-control-prenatal.pdf. INNOVACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO REVISTA DIGITAL: https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/01/1_27_factores-que-influyen-en-el-inicio-tardio-del-control-prenatal.pdf

Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Ministerio de Salud Argentina. (2023). *Indicadores básicos sobre Atención Perinatal.* https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/anuario-sip-2023_0.pdf

Encalada Campos, G. E., Belduma, C. N., Duran, K., Fala Ávila, K., & Espinoza, D. (2025). Importancia de los controles prenatales en la prevención de la muerte materna. *LATAM revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay*, VI(3), 2484-2501. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4126>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2015). *Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo.*

Gobierno de Santa Fe. (2022).
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/279150/1447237/file/Estadisticas%20Vitales%202022%20.xls>

Guamán, K. B., & Rueda, E. Y. (2023). Factores que influyen en el Control Prenatal. *Polo del Conocimiento*,
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5857>. Polo del Conocimiento Revista científico - profesional.:
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5857>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Bautista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL (6ta ed.). <https://doi.org/978-1-4562-2396-0>

Ministerio de Salud. (2011). *Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Objetivos*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206/actualizacion>

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2024/08/Ministerio-Salud-Neuquen_Salud-de-la-embarazada-Control-prenatal.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (23 de agosto de 2023). *Atención prenatal de bajo riesgo. Actualización de recomendaciones*. youtube:
https://www.youtube.com/watch?v=-W1o_wp2pMU

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. (2023). *SALUD PERINATAL EN CIFRAS*. [santafe.gov.ar:
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/276463/1436371/file/1_Salud%20perinatal%20en%20cifras.pdf](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/276463/1436371/file/1_Salud%20perinatal%20en%20cifras.pdf)

Ministerio de Salud de la República Argentina. (2023). *Guía de Práctica Clínica: Atención prenatal de bajo riesgo*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-atencion-prenatal-de-bajo-riesgo>

Ministerio de Salud de la República Argentina. (2023). *Indicadores básicos sobre atención perinatal a partir del SIP-G 2022*. Argentina.gob.ar:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/anuario-sip-2023_0.pdf

Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). *Estadísticas Vitales. Información Básica. Argentina.* Argentina.gov.ar: https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/serie_5_nro_66_anuario_vitales_2022_3.pdf

Municipalidad de Rosario. (2024). *datos.rosario.gov.ar.* <https://datos.rosario.gov.ar/salud/red-de-salud>

Nurseslabs. (2024). Nola Pender: Modelo de promoción de la salud: <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/#h-nola-pender-s-health-promotion-model>

Ochoa Lorenzo, Y., Ku Chung, E., & Correa López, M. (2025). Violencia doméstica y atención prenatal insuficiente. *Ginecología y Obstetricia de México*(5), 175-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/gom.v93i5.10085>

Organización Mundial de la Salud. (2003). ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS A LARGO PLAZO. 17. <https://doi.org/https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación.* <https://www.who.int/es>: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Ginebra.OMS.

Perarlta, M. L., & Carbajal, P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Revista Centro Dermatologico Pascua*, 17(3), 84-88. <https://doi.org/https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=1956>

Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* McGraw-Hill.

Puzzolo, J., Amarilla, D. I., Colautt, M., Moreno, J., Vargas, Í., & Vázquez, M. L. (2021). Mecanismos de coordinación en la red de Salud Municipal de Rosario: conocimiento y uso. Estudio comparativo 2015-2017. *REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA*, e(64), 13.

Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española*.
<https://dle.rae.es>

Saldaña, C. V., Acuña, A., Lopez Vidal, R. I., Naveros Serda, V., Conto, G., Rodas Valladares, J. F., & Meza Santibañez, L. A. (2025). Factores asociados a la inasistencia al control prenatal en el primer y segundo trimestre del embarazo en un hospital de tercer nivel, Perú, 2023. *Revista Facultad Medicina Humana URP*, 25(1), 97-106.
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v25i1.6709>

Timoteo-Barrantes, P. G., & Castillo-Velarde, E. (2023). *Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú*. Universidad Ricardo Palma - URP:
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/268/281>

Yopasa Cárdenas, C., Cetares Romero, M. A., & Lozano Beltrán, J. A. (2023). *Adherencia a Control Prenatal de Gestantes que Asisten al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Asociación Esperanza y Progreso Primera de Mayo*.
<https://rio.upo.es/rest/api/core/bitstreams/2a1663df-10d4-4fd5-8006-7c76fec1970f/content>

Anexos

Anexo I: Aval Institucional



Municipalidad
de Rosario

ACTA N.º 013/2025

En Rosario, a los 25 días del mes de Noviembre de 2025, los abajo firmantes, miembros del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Roque Saenz Peña se reúnen a los efectos de expedirse respecto a la solicitud de aval de realizar el una entrevista a un/a referente del servicio de Parto-Maternidad, en el marco del proceso de toma de decisiones del proyecto: "Barreras para el acceso al control prenatal y adherencia al mismo en gestantes según edad y nivel de instrucción en un hospital de zona sur de la ciudad de Rosario".

Este estudio se realiza por Alejandra Hartmann, una estudiante de 5º año de la Licenciatura en Enfermería, para la materia Taller de Investigación.

En virtud del análisis y discusión efectuados por los distintos miembros del Comité se procede a la votación que decide la APROBACIÓN de la misma.

Solicitamos, además, a la culminación notificar cualquier tipo de interrupción e informar los resultados obtenidos a este Comité.

Queda sujeto a interrupciones ante cualquier imprevisto o evento que se considerara oportuna por este Comité.


25/11/25
HOSPITAL DR. ROQUE SAENZ PEÑA
COMITÉ DE DOCENCIA E
INVESTIGACIÓN

Anexo II: Operacionalización; Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado

Operacionalización de las variables

1. Variable “barreras para el acceso al control prenatal”

Tipo: Cualitativa, compleja

Función: Independiente

Escala de medición: nominal

Definición Conceptual: Según Pender (1996), las barreras de acción percibidas son obstáculos, reales o imaginarios, que impiden la adopción de una conducta de salud. Estas barreras pueden ser internas (aspectos físicos y emocionales) o externas (estímulos ambientales e interacciones significativas).

Dimensión 1 Barreras individuales/psicosociales

Indicadores

Embarazo no deseado

Sentimientos de tristeza, angustia, soledad

Percepción de la atención prenatal como algo no prioritario

Olvido de citas

Consumo problemático de sustancias

Dimensión 2 Barreras Socioeconómicas

Indicadores:

Apoyo familiar

Dificultades económicas para traslado

Actividades laborales

Cuidado de familiares

Dimensión 3 Barreras institucionales

Indicadores:

Acceso a turno medico

Tiempo de espera para ser atendido

Atención recibida por el personal

Tiempo de espera para la atención de próxima cita

Información brindada sobre cantidad de controles

2. Variable “**Edad**”:

Tipo: cuantitativa discontinua

Función: Independiente

Escala de medición: razón

Definición operacional: número de años de la mujer persona gestante cumplidos a la fecha del estudio.

3. Variable “**Nivel de instrucción**”:

Tipo: cualitativa simple

Función: Independiente

Escala de medición: ordinal

Definición operacional: Nivel de educación formal más elevado de estudios alcanzados de la persona gestante.

Indicadores:

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Estudios terciarios incompletos

Estudios terciarios completos

Estudios universitarios incompletos

Estudios universitarios completos

ACLARACIÓN SOBRE “Adherencia al control prenatal”.

No se toma como variable de análisis, sino como condición para delimitar la población de estudio. Se considera que una persona gestante adhiere si asiste a un mínimo de ocho (8) consultas prenatales, conforme a lo recomendado por la *Guía de Práctica Clínica: Atención Prenatal de Bajo Riesgo* (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

En este caso se considerarán solamente a las gestantes que no adhirieron a dichas recomendaciones.

Instrumento “Barreras percibidas para el acceso al control prenatal”

Lista de cotejo

Edad:	Nivel de Instrucción	Completo	Incompleto
	Primaria		
Número de controles Prenatales:	Secundaria		
	Terciario		
	Universitario		

Cuestionario n* _____

BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL ACCESO AL CONTROL PRENATAL

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con posibles barreras para asistir a los controles prenatales.

Por favor, marque la opción que mejor describa como esa situación afectó a su asistencia a dichos controles en este embarazo.

Barreras individuales / psicosociales

1. El embarazo no fue deseado y eso afectó mi asistencia a los controles.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

2. Sentí tristeza, angustia o soledad que impidió mi asistencia a los controles.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

3. **Sentí que el embarazo no implicaba riesgos importantes o no era prioritario y por eso no concurrí al control.**

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

4. **Olvidé citas programadas para controles prenatales.**

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

5. **El consumo problemático de sustancias (alcohol u otras drogas) afectó mi asistencia a los controles.**

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

Barreras socioeconómicas

6. **La falta de apoyo familiar me impidió asistir a controles.**

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

7. **Las dificultades económicas para el traslado al centro de salud afectaron mi asistencia.**

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

8. Mis actividades laborales o la imposibilidad de faltar al trabajo dificultaron asistir a las consultas.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

9. Estar al cuidado de algún familiar o ser querido (hijo/padres/suegros/vecinos) me dificultó para poder asistir al control prenatal

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

Barreras institucionales

10. La dificultad para obtener un turno médico influyó en que no pudiera asistir a controles.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

11. El tiempo de espera para ser atendida en el centro de salud afectó mi decisión o posibilidad de concurrir.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

12. La atención recibida por el personal de salud (trato, respeto) me desmotivó o me impidió asistir a controles.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de 1 control prenatal

13. El tiempo de espera para tener la próxima cita (demoras en la programación) influyó en mi continuidad en los controles.

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de control prenatal

14. El profesional no fue claro respecto a la cantidad de controles que debía realizar

- No me afectó
- Me impidió asistir a 1 control prenatal
- Me impidió asistir a más de control prenatal

Consentimiento informado.

Mi nombre es Hartmann Alejandra, estudiante del último año de la carrera Licenciatura en Enfermería y estoy realizando un trabajo de investigación cuyo objetivo es analizar la relación que existe entre las **barreras percibidas para el acceso al control prenatal y adherencia al mismo según edad y nivel de instrucción en personas gestantes que concurren a este hospital durante el segundo semestre del 2026.**

Por medio de la presente solicitó su participación voluntaria para el trabajo de investigación. La información obtenida a partir de sus respuestas tendrá un carácter confidencial, de tal manera que **su nombre no se hará público** y la información que usted proporcione, será utilizada únicamente con fines de tipo académico y para el presente estudio. Su participación brindara información que se podrá utilizar a futuro en políticas que favorezcan a otras personas gestantes.

También vale aclarar que la realización del mismo **no conlleva ningún tipo de riesgo** para su persona, ni tampoco recibirá ninguna remuneración por realizar la misma. Usted puede abandonar el procedimiento en cualquier momento que lo considere. Asimismo, es importante destacar que **el propósito** de esta investigación no es establecer una relación entre el estado de salud actual del recién nacido y la asistencia a los controles prenatales, sino **identificar los puntos débiles del sistema de salud que pueden haber dificultado el acceso o la continuidad de dichos controles.** De este modo, se busca comprender las barreras existentes sin emitir juicios sobre las decisiones o circunstancias personales de cada gestante.

En caso de querer participar lea y complete el siguiente texto:

Yo (coloque su nombre y apellido).....
recibí información completa, clara y precisa sobre la investigación y mi participación en ella, por lo que deseo participar voluntariamente del estudio.

Fecha, Firma y aclaración de la persona participante

.....

Fecha, firma y aclaración de la encuestadora

.....