



Barreras de acceso que inciden en los controles prenatales de la población adolescente gestante en Colombia en el año 2019-2020: Revisión de la literatura

Gisell Valentina Gómez Ayala

Administración de Servicios de Salud, Fundación Universitaria Compensar
Proyecto semillero (Para la Facultad de Facultad de Ciencias Empresariales)

Viviana Andrea Hernandez Angel

16 de noviembre 2022



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Resumen

Objetivo: Describir las barreras de acceso a la atención de salud del control prenatal en la población gestante adolescente reportadas en la literatura. **Materiales y Métodos:** La búsqueda de artículos se hizo en seis bases de datos como: Medline (Pubmed), Lilacs, EBSCO, Science, entre otros, que recopilaron información del acceso a los servicios de salud de la población adolescente gestante. **Resultados:** Se recuperaron 62 artículos, de los cuales fueron seleccionados 46 tras la lectura de sus títulos y resúmenes; se aplicaron los criterios de exclusión y eliminar los duplicados, fueron seleccionados para el análisis 25 artículos. **Discusión:** En Colombia, los embarazos adolescentes han sido relacionados con aspectos como: bajo nivel de escolaridad, falta de acceso a programas de educación sexual, uniones sentimentales tempranas, situación de pobreza. Durante el 2020 se produjeron 409 muertes maternas, una cifra alarmante ya que la mayoría de estas muertes son prevenibles. La pandemia también causó efectos en la salud materna por la limitación de acceso a los servicios de salud y también porque las mujeres dejaron de acudir a estos servicios por miedo a contraer COVID-19. **Conclusiones:** En Colombia, gran parte de la mortalidad y barreras de acceso se da por factores socioculturales y fallas en: acceso, calidad de la atención de los servicios de salud, promoción de prácticas saludables, oportunidad de la detección, manejo del riesgo materno y sus complicaciones. Los controles prenatales permiten una oportuna identificación y manejo de los factores de riesgo, reducción de la mortalidad neonatal y materna, sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal ni logran la adherencia.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de Salud, Atención Prenatal, Adolescente, Salud materna, Barreras de acceso, Servicios de salud sexual y reproductiva.

Introducción

Conforme a reportes de la OMS, en el mundo hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. El 10% de los partos acontece en adolescentes y la mortalidad materna es 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29. En América Latina y el Caribe los adolescentes juegan un papel importante en la sociedad ya que forman el 30 % de la población, siendo esta la mayor cohorte en la historia de la región. El 20 % de los partos en la región correspondió a mujeres menores de 20 años y se estima que el 40% de los embarazos no fue planificado (Margarita, Graciela, & Arenas, 2017).

En Colombia, los embarazos adolescentes son identificados como un fenómeno multicausal, relacionado con aspectos como bajo nivel de escolaridad, deserción escolar, falta de acceso a programas de educación integral para la sexualidad, uniones sentimentales tempranas, riesgos basados en violencia de género, familia y comunidad, maternidad como proyecto de vida y situación de pobreza.

El embarazo adolescente (10 a 19 años), es un problema social, no solo obstaculiza su desarrollo psicosocial, sino que puede verse implicado con la deficiente salud materna y la del bebé, pues contrae importantes consecuencias en salud pública ya que impacta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las adolescentes entre 15 y 19 años duplican el riesgo de morir en el parto que las mayores de 20 años y este riesgo aumenta cinco veces en menores de 15 años evidenciándose que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente. El control prenatal y factores de riesgo es un esquema estrictamente necesario para las mujeres embarazadas, ya que es aquí donde se descubre en un periodo de tiempo adecuado los peligros a los que puede estar expuesto el bebé y su madre, antecedentes, gravidez, patologías, entre otros, que podrían perturbar la salud de estos dos, dentro de estos controles se destaca también las terapias, consejos y rutinas que benefician el estado de embarazo de la mamá, proporcionando actividades saludables y de satisfacción para la ella, tanto física como psicológicamente,

sin embargo, existen ciertos obstáculos para acceder a este servicio de salud para las adolescentes, las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilización y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años. Entre los facilitadores se identifican confidencialidad, respeto, acceso geográfico, tiempos de espera y horarios de atención adecuados y disponibilidad de horas, pero continúan siendo mayores las barreras.

En América Latina y el Caribe los factores asociados a la baja adherencia al Control prenatal se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. Esto indica que las mujeres no acceden a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema.

Según reportes del Instituto Nacional de Salud - INS -, en Colombia durante el 2020 se produjeron 409 muertes maternas tempranas, es decir, ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; 100 muertes más que las proyectadas para el mencionado año. Una cifra alarmante teniendo en cuenta que la mayoría de estas muertes son prevenibles. La pandemia también causó efectos considerables en la salud materna, no solo por la limitación de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también, porque las mujeres dejaron de acudir a estos servicios por miedo a contraer el COVID-19, o por las restricciones del confinamiento. (UNFPA, 2021)

En Colombia, gran parte de la mortalidad materna se asocia a fallas de acceso y calidad de la atención por parte de los servicios de salud en el cuidado de la gestante, en la promoción de prácticas saludables, en la oportunidad de la detección y en el manejo del riesgo materno y sus posibles

complicaciones. Los análisis indican que la mayoría de estas muertes son evitables y suceden en contextos con altas barreras de acceso a servicios de salud. (Rincon, 2019).

Es claro que las mujeres que quedan embarazadas a una edad muy temprana o adolescente corren mayores posibilidades de padecer morbilidades o mortalidad en el desarrollo de su embarazo, pues aumenta el riesgo de aborto espontáneo, obstrucción del parto, hemorragias, hipertensión asociada al embarazo o afectaciones psicológicas y de estrés por su temprano estado de embarazo, así mismo, las posibilidades también aumentan de que los bebés nazcan prematuros, con bajo peso y por ende, con un mayor riesgo de vida. Aspectos que el sistema de salud aún no ha logrado identificar y manejar totalmente en el país, considerando que en la última década logró reducir la mortalidad materna en un 24,8%. Esto equivale de un promedio de 6400 (640 por año) embarazadas que estuvieron en riesgo de morir por diversas causas; de acuerdo a lo anteriormente descrito es necesario conocer si las gestantes adolescentes adquieren la competencia para identificar tempranamente los signos de alarma, si saben a dónde acudir en caso de complicaciones, si tienen redes de apoyo, si cuentan con servicios de salud adecuados y si conocen los requisitos para ser atendidas, con el fin de evitar demoras en los accesos a los controles prenatales contemplado en Colombia.

Marco Teórico

El embarazo en mujeres adolescentes es una problemática de salud pública estudiada desde hace mucho tiempo debido al alto impacto negativo a nivel social y económico, dado por múltiples factores, de los cuales se identifican según el contexto y el desarrollo de un país, siendo potencialmente prevenible; influyendo la pobreza, la desnutrición, la falta de conocimiento, edad, acceso a los servicios de atención en salud, conocimientos, prácticas y creencias de las comunidades, desconocimiento de sus derechos

sexuales y reproductivos, sus derechos y deberes en salud, inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de origen público, falta de estructura vial y de comunicaciones.

En Colombia, el fenómeno del embarazo durante la adolescencia se presenta, generalmente, en adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, por falta de educación, pobreza, desplazamiento forzado, exposición a la violencia sexual y falta de conocimiento en el ámbito sexual, entre otros factores. Para atender la problemática en el país, durante varios años se han realizado campañas educativas sobre sexualidad y prevención del embarazo adolescente, con el objetivo de generar conciencia y mitigar las consecuencias que conlleva este fenómeno, tanto a nivel social como económico. (ROLDÁN, 2021).

Cuando los niños y niñas entran en la edad adolescente se ve reflejado un riesgo por las características de la edad, y es el impulso sexual necesitando alcanzar su autonomía, a pesar de ello, existen casos donde la carencia afectiva, escasez de oportunidades, falta de educación sexual y reproductiva conducen a un riesgo temprano de embarazo adolescente.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2019) “El embarazo durante la adolescencia tiene gran impacto en el desarrollo del país, especialmente por sus implicaciones en la deserción escolar; es así como entre el 20 y el 45% de adolescentes que dejan de asistir a la escuela, lo hacen en razón a su paternidad o maternidad (según Encuesta Nacional de Deserción Escolar del Ministerio de Educación Nacional, 2011), con lo que se favorecen los círculos de la pobreza, dado que los embarazos tempranos no deseados en ausencia de redes sociales de apoyo, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar”.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que el embarazo adolescente trae consigo ciertos riesgos que afectan de manera directa el bienestar integral de la madre y su calidad y expectativa de vida, no solo llevándola a la deserción escolar, sino que también, resulte implicada en el mercado laboral o desempleo, inestabilidad emocional, familiar y desviación de su proyecto de vida y graves afectaciones en su salud física y mental durante el desarrollo del embarazo, pues según un artículo de la Fundación Plan International España (2021) nombrado “Las complicaciones del embarazo en la adolescencia y el parto son la principal causa de mortalidad de las niñas de 15 a 19 años en los países en desarrollo”, estiman que en África subsahariana y en países de América Latina y del Caribe 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Las niñas de entre 10 y 14 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo y el parto. Las niñas de 15 a 19 años tienen el doble de probabilidades que las de más de 20 de morir en el parto o el embarazo y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Cada año, unos 3 millones de niñas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos.

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. En la región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud -OPS- publicaron un informe que detalla la situación del embarazo adolescente en Colombia:

En Colombia, para el 2021 se calculó 8.1 millones de niñas, niños y adolescentes entre los 10 y 19 años, que residen principalmente en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. Además, en 2020 el 55,7% de las niñas y mujeres adolescentes, y el 55,9% de los niños y hombres adolescentes, de 0 a 17 años, viven en hogares en situación de pobreza monetaria.

El informe destaca que 2 de cada 1000 niñas (entre 10 y 14 años) se convirtieron en madres en 2020, en contraste 54 de cada 1000 adolescentes (entre 15 a 19 años) tuvieron un embarazo. Pese a este desafortunado dato, se observa una disminución en las tasas de fecundidad en el país.

De acuerdo con los resultados del CNPV 2018, en Colombia el 1,8% de las niñas de 10 a 14 años y el 12,3% de las adolescentes de 15 a 18 años estaban o habían estado alguna vez casadas o unidas. Así mismo, para ese mismo año el 0,1% de las niñas entre 10 a 14 años y el 1,8% de las adolescentes entre 15 y 19 años reportó tener algún hijo nacido vivo.

A detalle, para 2020 4.268 niñas entre 10 a 14 años y 109.823 adolescentes entre 15 y 19 años se convirtieron en madres. En Antioquia se concentra el mayor porcentaje de estos nacimientos, pues allí reside el 14,6% de las madres de 10 a 14 años y el 11,2% de las madres de 15 a 19 años.

Adicionalmente, se registró que los nacimientos en mujeres de 10 a 14 años fueron en su mayoría de mujeres que alcanzaron un nivel educativo de básica primaria y básica secundaria. El 50,1% de los nacimientos reportados son de mujeres que están dentro de un nivel educativo de básica secundaria, cifra que equivale a 2.137 nacimientos. Luego se encuentran los nacimientos en madres que reportaron un nivel educativo de básica primaria con un total de 1.748 nacimientos que representa el 41,0% del total del grupo de edad.

Los nacidos vivos en madres 10 a 14 años tienen mayor participación en los rangos de peso por debajo de los 3.000 gramos, por ejemplo, el 34,4% de los nacidos vivos de niñas de estas edades pesó entre 2.500 y 2.999 gramos, mientras que este porcentaje es de 31,4% entre los nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años, y 26,6% entre nacidos vivos con madres de 20 años o más.

Del mismo modo, los nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años y adolescentes de 15 a 19 años tienen una mayor proporción de estar entre tallas de 50 a 54 cm. (Vivas, 2022)

Un estudio reciente de la ONU prendió las alarmas: Colombia es el tercer país de la región (después de Venezuela y Ecuador) con el mayor índice de adolescentes gestantes, 20% de las embarazadas en Colombia son adolescentes, En Colombia Una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada. De éstas, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo, El 13% de las mujeres menores de 15 años ya ha iniciado una vida sexual activa.

Noelia Torres Mariñas, 2022, en su estudio de tesis de grado de la universidad Nacional de Cajamarca (Perú) titulado “FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD POR SEPSIS NEONATAL: Revisión sistemática integrativa 2015 - 2021” reveló que en Colombia en el 2020 la prevalencia de factores asociados al desarrollo de sepsis neonatal (infección invasiva y bacteriana que se produce en el periodo neonatal) se evidenció en la edad materna promedio de 21 años, pero un 7,4% de las madres eran adolescentes. Como antecedentes patológicos gestacionales se encontró que un 11,7% de estas adolescentes tuvo amenaza de parto pretérmino, 8,3% infección de vías urinarias y 7% vaginosis. La edad promedio gestacional al momento del parto fue de 39 semanas, pero 11,3% tuvieron parto pretérmino; el 45,7 % de los partos fueron vía cesárea, 32,2% vía parto vaginal.

Esto nos indica nuevamente, que la edad materna es un factor de riesgo de mayor relevancia para que el neonato tenga sepsis neonatal. Esta condición se da tanto en madres adolescentes como en mayores de 35 años, pues la variación de edad ocasiona modificaciones hormonales que van a alterar el ecosistema vaginal y causar colonización por bacterias diferentes. Dentro de los resultados del estudio se identificó que de los 67 neonatos que desarrollaron sepsis 17 fueron de madres adolescentes. Así mismo, se pudo concluir también que las gestantes adolescentes tuvieron menos de 5 controles prenatales e infección de vías urinarias en el tercer trimestres que fue la patología más común representando un 65%.

Según cifras del DANE con corte a 30 de mayo de 2015, se evidencia en las estadísticas de defunciones fetales por tiempo de gestación, según departamento de residencia y grupos de edad de la madre, que en el rango de edad que compromete el ciclo vital de la adolescencia de 12 a 19 años, hubo a nivel nacional un total de 3.266 defunciones fetales y en el primer trimestre de gestación con 1.969 defunciones, siendo de gran importancia los controles prenatales. A nivel Bogotá en este rango de edad un total de 601 defunciones y en el primer trimestre de gestación de 501 defunciones.

La auténtica adolescencia es el periodo de maduración física, psicológica y social, que va desde la infancia hasta la edad adulta, es considerada desde los 14 a 17 años 11 meses y 29 días, después de la niñez es la segunda etapa más vulnerable, En este ciclo vital la morbilidad y la mortalidad se relacionan mayoritariamente con conductas de riesgo, (conducta sexual), situaciones que tienen un importante impacto en la salud. En esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema desde el punto de vista sanitario y social, tal como se refleja en distintos estudios sobre problemas de salud de la juventud y adolescencia. En las últimas décadas, el embarazo adolescente se ha convertido en un importante problema de salud pública, y es considerado una problemática social cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo/a y su familia. (Galindo, 2012)

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer en algunas poblaciones; Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo esto se ha vinculado a múltiples determinantes sociales (bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios), políticos (insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, falta de políticas públicas para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos

de las adolescentes), individuales (inicio cada vez más temprano del ejercicio de la actividad sexual y bajas tasas de planificación familiar) y de los medios de comunicación. (Yamilet & Rodríguez, 2011)

Según el director regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), Harold Robinson (2022) Los servicios de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe retrocedieron unos 30 años a causa de la pandemia del coronavirus, Robinson usó el ejemplo del acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos e indicó que el retroceso del 2021 se ubicó más o menos a los niveles del año 1990, siendo así un retroceso de más o menos 30 años.

Esta situación se dio por la limitación de prestación de servicios de salud sexuales y reproductivos en medio de la pandemia, ocasionando un aumento en los embarazos no deseados precoces. Según datos ofrecidos por Unfpa, el año pasado casi 12 millones de mujeres de 115 países perdieron el acceso a los servicios de planificación familiar, lo que originó 1,4 millones de embarazos no planeados.

Datos de la ONU indica que en América Latina y el Caribe se producen 62 nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes de entre 15 y 19 años. (Florián, 2022)

La exclusión social y las inequidades persistentes en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región, obstaculizando las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población.

Los datos probatorios indican cada vez más que los más pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud y significa que las inequidades en salud afectan a todos por general. (Cáceres-manrique, Sc, Molina-marín, & Ph, 2010)

En marzo de 2017, se lanzó en Chile la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a fin de comprender los determinantes sociales de la salud y sus repercusiones sobre la equidad sanitaria. En su informe de 2008, la Comisión definió los determinantes sociales de la salud como "las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los factores estructurales de esas condiciones, o sea, la distribución del poder, el dinero y los recursos". Así, aunque una buena atención médica es de importancia fundamental, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la gente, mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos de la población. (Mundial, 2008)

La estratificación social determina las inequidades en la salud mediante: la exposición diferencial a los riesgos para la salud, las vulnerabilidades diferenciales en cuanto a condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales y las consecuencias diferenciales, económicas, sociales y sanitarias de la mala salud para los grupos y los individuos en una posición de mayor o menor ventaja.

Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo y el entorno físico de trabajo, Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales, Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos, Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores

de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud, Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas. Entre las preocupaciones importantes de las poblaciones rurales están los problemas relacionados con el agua y el saneamiento, la distribución de los centros de salud y la dotación de personal de los establecimientos rurales de asistencia sanitaria.

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva El Ministerio de Salud (MINSa), la define como “La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre”. En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y su frecuencia. La OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN, El MINSa considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.

El CPN inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal, Algunos estudios asociaron la edad materna adolescente con un CPN inadecuado. La atención prenatal es efectiva en la medida en que se realiza tempranamente y que guarde cierta periodicidad. Lamentablemente la tasa de control prenatal inadecuado sigue siendo elevada. No se puede hablar de efectividad cuando la gran mayoría de gestantes acude por primera vez a CPN pasado el primer trimestre de gestación y más aún cuando no se sigue un orden coherente de los mismos. (Cáceres-Manrique, 2016)

De acuerdo a esto, tienen unas consecuencias adversas tanto de tipo físico y psicosocial, en especial en las más jóvenes (15-16 años) y sobre todo en las pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal , lo que supone una dificultad mayor

para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas, lo que genera diversas consecuencias biológicas negativas que afectan al embarazo en la adolescencia de las cuales se destacan:

- Retraso en el crecimiento intrauterino y otras patologías durante el embarazo
- Aumento significativo de partos prematuros
- Neonatos pequeños y de bajo peso con respecto a los de las madres adultas

Por esta razón en la actualidad, es un grave problema de salud pública, que afecta principalmente a la población más vulnerable, que conlleva riesgos sociales, familiares e individuales. La identificación de características de riesgo en los diferentes niveles, destacan el importante papel que puede desempeñar esta escala como medio fiable para sospechar e identificar a los grupos de adolescentes con riesgo de un embarazo.

Las políticas que buscan reducir el número de adolescentes embarazadas tienen que hacer mucho más que solamente brindar información sobre los anticonceptivos y el acceso a ellos. Se requieren intervenciones en las escuelas para brindar a las adolescentes educación sexual de calidad, asistencia en el establecimiento de metas en la vida y apoyo para que permanezcan en la escuela y regresen después del parto, también se ha reconocido que los principales problemas de salud de la población están ligados a los determinantes sociales, por lo que su abordaje implica un trabajo intersectorial, integral e integrado y con activa participación social. (Vanegas, Pabón, & Plata., 2012)

Según un informe del año 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, indicó reducción en la tasa de embarazo en adolescentes, pasó de 57,95 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 2019, a 53,78 nacimientos por cada 1.000 mujeres del mismo rango de edad en 2020. El mismo reporte indica que en 2019 hubo 115.176 nacimientos en ese rango de edad, lo que marca una reducción del 4,17 % frente a los 106.957 de 2020. (ICBF, 2021)

Un estudio reciente de la ONU prendió las alarmas: Colombia es el tercer país de la región (después de Venezuela y Ecuador) con el mayor índice de adolescentes gestantes, 20% de las embarazadas en Colombia son adolescentes, El embarazo en la adolescencia es una circunstancia que quita la oportunidad de desarrollo, de crecimiento, de completar la educación, de tener mejores oportunidades para el trabajo y mejores condiciones de vida, tanto de la madre como de sus hijos.

Se ha documentado que las madres adolescentes presentan peores indicadores de salud materno infantil que las de mayor edad, Con información proveniente de la Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, se estudió a la totalidad de niños menores de 5 años y a sus respectivas madres. Las variables independientes fueron edad, estado civil, residencia urbana o rural, nivel socioeconómico y paridad; las variables dependientes fueron bajo peso al nacer, atención prenatal oportuna y tenencia de la tarjeta de vacunación. Se encontró que en Colombia la mayoría de las mujeres embarazadas o bien recibían atención prenatal de un médico o no recibían atención alguna; muy pocas acudieron con una partera, enfermera u otro personal de salud. En las adolescentes embarazadas la posibilidad de tener un hijo con bajo peso al nacer fue más alta que en las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, estos dos grupos de mujeres tuvieron resultados similares en las variables. El embarazo de una adolescente debe considerarse de alto riesgo, no solo por la falta de desarrollo de su sistema reproductivo sino también por sus características de comportamiento. (Salinas P et al., 2016)

Algunos de los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes es la Vinculación al trabajo doméstico y de cuidado: Carencia de apoyo, Interés dedicación al niño. Vinculación educacional: Apoyo familiar, Apoyo institucional, Interés por nuevas, Perspectiva y Vinculación laboral: Apoyo familiar, Apoyo institucional y Necesidad económica de la población.

Para prevenir el embarazo en la adolescencia, es fundamental tejer redes de apoyo, comunicación y educación, es por ello que es necesario dimensionar el rol que cada uno de los actores y comprender que es una responsabilidad compartida la que tenemos en la prevención del embarazo en la adolescencia, mientras Colombia crece económicamente y se reducen los niveles nacionales de pobreza y pobreza extrema, siguen existiendo brechas entre las áreas urbanas y las rurales en cuanto a calidad de vida, distribución de la riqueza, movilidad social, cobertura y calidad de los servicios de salud, agua, saneamiento e higiene, recreación, educación, cultura y acceso a la información, entre otros. (González-quiñones et al., 2012)

El código de la infancia y la adolescencia Es un manual jurídico que establece las normas para la protección de los niños, niñas y adolescentes y tiene como fin garantizarles su desarrollo integral para que crezcan en el seno de su familia y de la Comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, la Familia, la Sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección, teniendo en cuenta diferencias de edad, etnias, sociales, culturales y psicológicas, en relación a sus derechos ninguna entidad prestadora de servicios de salud puede negarse a atender a un niño, niña y/o adolescente.

El Plan decenal de salud pública 2012-2021, fue una apuesta política por la equidad en salud, entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”, Esto implicó que la equidad en salud se lograra cuando todas las personas alcanzaran su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas, promover la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en el nivel local, regional, nacional e internacional. El desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial.

Cifras del DANE con corte al año 2020 indicaron que la tasa específica de fecundidad infantil (10 a 14 años), para el año 2020 fue de 2,2 niñas madres por cada mil niñas en ese rango de edad, a nivel departamental se observó que en casi todos los departamentos la tasa de fecundidad infantil disminuyó entre 2015 y 2020, con excepción de dos departamentos, por un lado, Chocó que en ambos años presentó una tasa de 3,7 y por el otro lado Nariño, que en 2020 presentó una tasa de 2,8, con una diferencia de 0,1 a la observada en 2015.

En la tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años) se observaron comportamientos similares a los observados en las dos tasas anteriores, en donde, para el año 2020 se presentó una disminución de la tasa frente a la registrada en 2015 al pasar de 66,1 a 54,0 en 2020, esto para el total nacional.

Departamentos como Antioquia, Bolívar y Valle del Cauca se destacan por concentrar el mayor número de nacimientos en niñas de 10 a 14 años. Por otra parte, Antioquia, Bogotá y Atlántico presentaron el mayor número de nacimientos en adolescentes para los años 2019 y 2020.

Para 2020 las madres de menor edad son las que menos controles prenatales tuvieron. Los nacimientos en niñas de 10 a 14 años registran mayor participación en haber tenido menos de 4 controles prenatales con 25,0% o ninguno en un 10,0%. Por otro lado, las adolescentes registran haber tenido menos de 4 controles prenatales con un 20,9% o ninguno con un 8,3%.

Así mismo, se observó que 34,4% de los nacidos vivos de niñas entre los 10 y 14 años pesó entre 2.500 y 2.999 gramos, mientras que este porcentaje es de 31,4% entre los nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años y 26,6% entre nacidos vivos con madres de 20 años o más. También se halló el tiempo promedio de gestación del nacido vivo de mujeres entre 10 y 14 años es de 38 semanas al igual que los nacidos vivos de mujeres de 15 a 19.

En el año 2019, para el rango de edad de niñas entre los 10 y 14 años, la principal causa de muerte materna fue “otras afectaciones obstétricas” con un único caso registrado, siendo menor al dato observado en el grupo de 15 a 19 años, en donde murieron 69 mujeres adolescentes debido a causas como: embarazo terminado en aborto, edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; atención materna, complicaciones en el parto; entre otros. Sin embargo, es de resaltar que el mayor número de fallecimientos maternos se da en el grupo de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años, con 114 y 110 casos registrados para ese mismo año. (DANE, 2022)

El desarrollo colombiano se caracteriza por la presencia de grandes diferencias económicas y sociales entre las zonas urbana y rural, entre departamentos y entre grupos de ingreso. Al iniciar el siglo XXI el área rural presentó un IDH similar al que tenía el país en 1985. En materia de seguridad social en salud, el Gobierno ha centrado sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos dirigidos a ampliar y mantener la cobertura de afiliación de la población. Esta estrategia es fundamental en el objetivo de brindar protección financiera y posibilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud para toda la población. De esta manera, la consecución de logros en cada uno de los objetivos planteados encuentra en la seguridad social en salud, su principal medio para lograrlo.

Método

Se realizó una revisión bibliografía de la literatura desde el año 2017 al 2022 con el fin de resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las barreras de acceso que inciden en el control prenatal de la población adolescente gestante reportadas en la literatura?

La búsqueda de artículos se hizo en seis bases de datos: Medline (Pubmed), Lilacs, EBSCO, Science Direct, Scopus, Biblioteca Virtual en desarrollo sostenible y salud.

Fueron incluidos artículos originales publicados en español e inglés, con metodología tanto cuantitativa como cualitativa que incluyeron el acceso a los servicios de salud de la población adolescente gestante. Se excluyó la literatura gris y todos aquellos artículos que no tuvieran acceso libre a texto completo.

La búsqueda se realizó en las seis bases de datos empleando palabras claves principalmente términos DeSC y MeSH como Accesibilidad a los servicios de Salud, Equidad en el Acceso, Atención Prenatal, Adolescente, salud materna (Health Services Accessibility, Equity in access, Prenatal care, Adolescent, Maternal health). Sin embargo, algunas búsquedas se estructuraron con términos representativos o entry terms como Barreras de acceso, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, población vulnerable, utilización de los servicios de salud, control prenatal, salud pública, factores predisponentes, factores facilitadores, factores de necesidad, iniquidades, gradiente social de la salud, determinantes sociales. Las ecuaciones de búsqueda emplearon booleanos como AND y NOT. También se realizó una búsqueda cruzada, teniendo en cuenta las referencias de los artículos inicialmente encontrados. La valoración de artículos científicos se realizó utilizando los criterios de la declaración de STROBE (siglas en inglés de Fortalecimiento de la comunicación de estudios observacionales en epidemiología).

Se identificaron de manera independiente los estudios según el tipo de diseño descrito. Luego se aplicaron los criterios de evaluación, asignando a cada estudio si cumplía o no con cada criterio. Para ser aprobado a los fines del presente trabajo, un artículo debía cumplir con al menos 80% de la lista los criterios establecidos, con especial valoración de la metodología. En estudios de cohortes, caso-control y transversales, la lista de chequeo consideró criterios como título, resumen, introducción, metodología, resultados, discusión, aspectos éticos, financiamiento y conflicto de intereses. En diseños cualitativos, la lista de chequeo consideró 30 criterios referidos a objetivos, congruencia y adecuación de la metodología a los objetivos, metodología, estrategia de selección de participantes, técnica de recogida de datos, reflexividad del investigador, aspectos éticos, análisis de datos, exposición y aplicabilidad de resultados. En las revisiones sistemáticas, la lista de chequeo evaluó 20 criterios que correspondieron al tema de

revisión, estrategia de búsqueda, criterios de inclusión, valoración de la calidad de los estudios, resultados, aplicación de resultados y evaluación de beneficios.

Para el correspondiente análisis, la información extraída de los artículos fue registrada en una matriz previamente establecida que recopiló datos relacionados con autor, año, tipo de estudio, población, muestra, barrera principal identificada. Para ser posteriormente analizada teniendo en cuenta los criterios del modelo de Aday y Andersen el cual permite distinguir entre el acceso realizado y utilización efectiva de los servicios y factores que predisponen y capacitan el uso de estos; generando un criterio de equidad, involucrando las razones políticas, sociales, económicas y sanitarias del acceso a los servicios de salud y el aseguramiento que no garantiza el acceso efectivo, sin diferenciar los contextos, conductas sociales y políticas que conforma la estructura operativa de los diferentes niveles en el que se observan diversas poblacionales en la distribución de la exposición y la vulnerabilidad ante los factores de riesgo para el acceso al servicio de salud^{13,14}. Este modelo identifica las posibles barreras de acceso a los servicios de salud en diferentes niveles: barreras desde el paciente, el proveedor y los servicios. Proponiendo que el uso de servicios de salud (variable dependiente o de resultado) está en función de la interacción de tres tipos de factores: los de predisposición (inherentes al paciente e independientes de su patología), los mediadores o de capacidad (porque facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y son susceptibles a los cambios en las políticas de salud) y los de necesidad (percepción y gravedad de los síntomas de la enfermedad)^{14, 15}. Entendiendo que cuando los factores de predisposición o de necesidad son los que condicionan las diferencias en el acceso, el sistema de salud es equitativo, pero cuando son los factores mediadores los que permiten explicar las diferencias fundamentales, se considera que el sistema de salud es inequitativo. La utilización de este modelo teórico permite explicar en parte los factores que determinan el uso de servicios.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social por tratarse de una investigación descriptiva que emplea fuentes secundarias, es considerada una investigación “sin Riesgo”.

Tipo de investigación

El presente proyecto es una investigación cualitativa y teórica basada en la revisión de la literatura, esto permitió sustentar los resultados obtenidos y discutir las coincidencias halladas en esta revisión bibliográfica, pero, sobre todo, consintió aportar elementos para interpretar una realidad como lo son las barreras de acceso que inciden en los controles prenatales de la población adolescente gestante en Colombia.

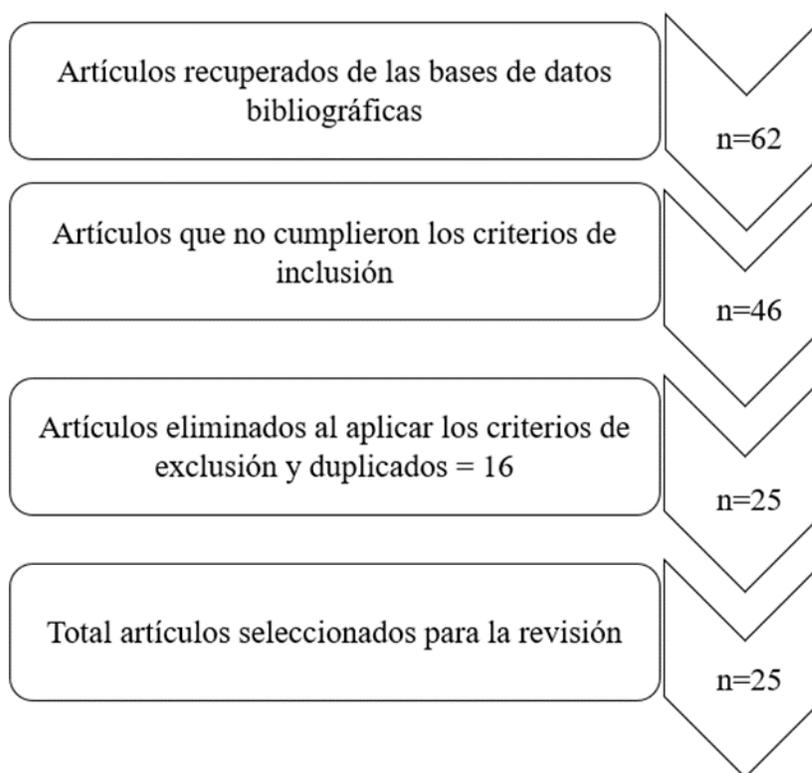
Resultados

Se recuperaron 62 artículos, de los cuales fueron seleccionados 46 tras la lectura de sus títulos y resúmenes; finalmente al aplicar los criterios de exclusión y eliminar los duplicados fueron seleccionados para el análisis 25 artículos (Figura1). El mayor número de artículos fue publicado en el año 2022 (8 estudios) y el menor en el año 2017 (1 estudio). De los 55 artículos seleccionados, el 76,2% son de metodología cuantitativa, un 22% cualitativa y el restante empleó metodología mixta.

Teniendo en cuenta los factores incluidos en el modelo de Aday y Andersen, se identificaron 10 estudios relacionados con el factor de necesidad, 8 estudios con el factor de predisposición y 7 con el factor de capacidad.

En cuanto a las barreras identificadas en los estudios analizados se encontraron 12 relacionadas con lo social, cultural o ambas; 6 se centraron en lo socio económico y socio demográfico; 4 con la atención y adecuación de los servicios de salud y 3 relacionadas con la barrera relacionada con las políticas públicas. De manera general, los estudios que compararon la utilización de los servicios en salud entre la población adolescentes gestantes mostraron diferencias en algunos de los niveles asistenciales (Tabla 1.)

Figura 1. Diagrama para la selección de los artículos sobre barreras de acceso



Fuente: Elaboración propia de los autores

Teniendo en cuenta la postura del modelo de Aday y Andersen se genera una identificación y descripción más específica del análisis al acceso a salud, estudiando cada uno de los factores que incurre a la utilización de los servicios, trabajando en conjunto con el contexto, la cultura, el ambiente y las creencias del individuo dentro de un colectivo social.

También se encuentran factores como llegar a la institución de atención adecuada, refiriéndose a la inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de origen público, falta de estructura vial y de comunicaciones, factores económicos que dificultan el traslado, la ausencia de puntos de atención cercano, que generan una barrera para la búsqueda de ayuda y traslado para el binomio madre – hijo por parte de la familia y la comunidad y el recibir el tratamiento adecuado en la institución.

Tabla 1. Estudios de barreras y factores para control prenatal en adolescentes

Autores	Título del artículo	Año	Fuente	Tipo de estudio	Barrera/Factor
Aldana, A – Bohórquez, J – Gómez, E	Políticas de prevención del embarazo adolescente y sus diferentes enfoques en Perú, Chile y Colombia	2020	Revista Semilleros Med	Estudio descriptivo	Barrera Sociocultural
Albornoz- Arias, Neida Mazuera- Arias, Rina Carreño- Paredes, Myriam- Teresa	Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el departamento Norte de Santander, Colombia	2019	Repositorio Universidad Simón Bolívar	Revisión	Atención en salud / Factor de necesidad
Romero Alvarado PA, Barrera Rico A, Ceballos Ávila D, Salazar	Embarazo adolescente, epidemiología y sus determinantes sociales en Colombia	2019	Revista Navarra Médica	Estudio descriptivo	Barrera Sociocultural

Herrera A, Santofimio Sierra D.					
Saavedra, N; Ortiz Remigio, R	Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2018	2020	Repositorio Universitario UNASAM	Estudio Cuantitativo y Cualitativo	Socio demográficas, culturales, atención en salud/Factor de necesidad
Aguilar Bernal, L; Campo Londoño, D; León Gómez, A; Lugo Barón, L	Relación entre autoestima y embarazo adolescente en el contexto de un grupo de mujeres jóvenes en el municipio de Soacha-Colombia, 2018	2019	Repositorio Institucional Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Estudio Cuantitativo y Cualitativo	Socio demográficas, culturales, atención en salud/Factor de necesidad
Barbosa, A; Ospina, J	Significados atribuidos por un grupo de mujeres jóvenes a la experiencia de enfrentar una pérdida perinatal en la adolescencia	2020	Revista psicología UNEMI	Estudio Cualitativo	Atención en salud/Factor de necesidad

Romero, K; Fonseca, L; Carpintero, L	Fluctuaciones del estado emocional en adolescentes embarazadas de zonas rurales en el norte de Colombia. Un estudio cualitativo	2021	Depósito de Investigación de Sevilla	Estudio Cualitativo	Atención en salud/Factor de necesidad
Mosquera, A; Medina, T	Determinantes sociales que influyen en la incidencia de embarazos en las adolescentes que realizan Control Prenatal en la Comuna 21 de la Red de Salud Oriente ESE durante el año 2022	2022	Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia	Descriptivo	Socio demográficas, culturales, atención en salud/Factor de necesidad
Barrios, Z; Vega, Y; Gonzales, G	Experiencias de madres adolescentes en un programa de maternidad segura de Cartagena, Colombia	2020	SciELO	Estudio Cualitativo	Atención en salud/Factor de necesidad
Cruz, M; Lastra, N; Expósito, M	Estados afectivos de adolescentes gestantes al asistir al control prenatal en una institución de primer nivel de atención	2022	SciELO	Estudio Cualitativo	Atención en salud/Factor de necesidad

Alianza por la Niñez Colombiana	EL EMBARAZO ADOLESCENTE, UN 'RETRASO' EN LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD COLOMBIANA	2020	Reportaje EA, Alianza por la Niñez	Estudio Descriptivo	Barrera sociocultural/ Factor predisposición
Hoyos Luis M ¹⁹ Muñoz De Rodríguez, L	Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia	2020	SciELO	Revisión	Barrera Sociocultural/ Factor predisposición
Espinosa-Labrada-Yabor	Lógica difusa neutrosófica para medir el efecto de trastornos psicosociales y de salud durante la gestación en la adolescencia.	2022	Neutrosophic Computing and Machine Learning	Revisión	Barrera Psicosocial/ Factor predisposición
Torres Mariñas, N ²¹	TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA - FACTORES DE	2021	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD	Revisión	Atención en salud / Factor de necesidad

	RIESGO PARA MORTALIDAD POR SEPSIS NEONATAL: Revisión sistemática integrativa 2015 - 2021				
DANE / OPS 22	Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia	2022	Nota estadística OPS y DANE	Estudio Cuantitativo y Cualitativo	Socio demográficas, culturales, atención en salud/Factor de necesidad
Florian, M ¹⁸	La salud sexual y reproductiva retrocede 30 años en América Latina por la pandemia	2022	Agencia EFE	Descriptivo	Barrera sociocultural / Factor predisposición
Plan International	Las complicaciones del embarazo en la adolescencia y el parto son la principal causa de mortalidad de las niñas de 15 a 19 años en los países en desarrollo.	2019	Plan International	Estudio transversal descriptivo	Barrera social/Atención en salud / Factor de necesidad
ICBF ²⁴	Ser mamá debe ser una decisión autónoma y sin presiones: directora ICBF	2021	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Descriptivo	Barrera Sociocultural

Ministerio de Salud y Protección Social ²⁵	Prevención del embarazo adolescente	2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Descriptivo, prospectivo y transversal	Políticas públicas/ Factor de necesidad
Ortiz Roldan, D ²⁶	EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA: ABORDAJE DESDE LAS CAMPAÑAS EDUCATIVAS DE PREVENCIÓN	2021	Pontificia Universidad Javeriana	Estudio analítico y descriptivo	Atención en salud / Factor de necesidad sociocultural
UNFPA ²⁷	Muertes maternas tempranas en Colombia 2020	2021	Noticias UNFPA Colombia	Descriptivo	Barrera social / Atención en salud
Vivas, M ²⁸	Embarazo adolescente: 4.268 niñas entre 10 y 14 años fueron madres en 2020	2022	Consultor Salud	Cuantitativa, descriptivo	Barrera socio demográfica/ Factor de Capacidad
Chmielewska, B ²⁹	Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis	2021	Lancet Glob Health	Cuantitativa, descriptivo, analítico	Barrera demográfica y social /Factor de capacidad

Ministerio de Salud y Protección Social	LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA	2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Analítico / Informativo	Atención en salud / Factor de necesidad sociocultural
Nove-Friberg-Bernis-McConville-Moran-Najjemba ³¹	Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study	2020	The Lancet Global Health	Cualitativo/Cuantitativo/Descriptivo	Barrera social/Factor de capacidad

Fuente: Elaboración propia de los autores

En los estudios analizados queda en evidencia las dificultades administrativas para acceder al servicio, tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, falta de identificación adecuada del riesgo, personal insuficiente o pobremente capacitado para la atención del caso, ausencia de protocolos de atención,

deficiencia en recursos como los medicamentos, generación de actividades de promoción y prevención; falta de oportunidad de servicios de salud para atender a la gestante, atención a instituciones de salud no acordes al cuadro clínico de la gestante, calidad deficiente en el apoyo diagnóstico, deficiente calidad de la historia clínica, niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan en el territorio nacional, al no ser adaptados a las condiciones culturales de la población.

Discusión

Los resultados encontrados en la revisión realizada demuestran que la problemática parte del mismo aseguramiento y utilización de los servicios de salud, como los controles prenatales que son la estrategia más importante dentro del proceso de la gestación, y hace parte de uno de los objetivos de desarrollo sostenible en Colombia, los cuales buscan la reducción de la mortalidad infantil y materna.

La exclusión social y las inequidades persistentes en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud. Estos factores siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo humano inclusivo en la Región, obstaculizando las estrategias de lucha contra la pobreza, así como la unidad social y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Hemos encontrado que los factores de necesidad y predisposición son frecuentemente reportados, esto coincide con lo encontrado por Galindo, quien describe tres medidas de inequidades entre ellas, las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población⁷⁰. Así mismo, como menciona Uribe et al., los datos probatorios indican cada vez más que los más pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud⁷¹.

En los hallazgos encontrados se destaca que los factores de necesidad y predisposición son los más frecuentes, por lo tanto, basándose en el modelo de Andersen, esto reflejaría que existe un sistema equitativo¹³. Además, la presencia de factores de predisposición y de capacidad del individuo y su familia debe hacer que se perciba la presencia de problemas de salud o la probabilidad de ocurrencia, para la procura de cuidados médicos, a nivel de necesidades percibidas, representando una causa más inmediata de utilización de servicios de salud⁷². Sin embargo, es cuestionable ese aspecto en el sistema de salud colombiano, es necesario, por lo tanto, indagar sobre la atención y el acceso, que es una de las principales preocupaciones desde las diferentes políticas sanitarias en Colombia, y diferenciar entre los términos de disponibilidad, accesibilidad y búsqueda de la atención.

En cuanto a las barreras, se destacan las relacionadas con el contexto socioeconómico y la posición social la cual ejerce una poderosa influencia en la salud de las sociedades. La ocupación, los ingresos y la riqueza pueden determinar la posición social en la sociedad. La educación, la vivienda, el área de residencia y la privación han sido usadas como importantes indicadores. Aspectos que Rodríguez, ha reportado en sus análisis demostrando que el acceso a una fuente regular de cuidados en salud puede ser un predictor más significativo para la utilización de todos los tipos de servicios ambulatorios, preventivos, curativos y de emergencias⁷³.

Finalmente, queda claro que el control prenatal no solamente es una oferta del servicio, sino el uso adecuado que la adolescente gestante haga de él. Algunos autores como Pazmiño et al. describen los factores de necesidad, aquellos mediados por variables en relación con las barreras de acceso percibidas por el mismo ser para acceder al servicio, en la toma de decisiones y las acciones para promover la salud.

Conclusiones

De acuerdo con la revisión documental realizada los programas preventivos son muy importantes para evitar y tratar la morbilidad materna que puede o no ser causal de muerte, pero son insuficientes.

Queda en evidencia a través del análisis de los estudios realizado bajo el modelo de Aday y Andersen que las dificultades que enfrentan las adolescentes gestantes para llegar a una atención obstétrica adecuada en contextos de desigualdad, como es el caso de Colombia pueden variar principalmente entre aspectos culturales, socioeconómicos, y socio demográficos pero también, influyen las políticas públicas, sanitarias que se ejecuten y la atención misma que se brinda, la cual preferiblemente debe ser adaptada a las necesidades.

El modelo de Aday y Andersen es un modelo lineal, funciona solo de modo retrospectivo y no crea la oportunidad para mejorar la atención de una mujer específica. Por esta razón, necesita ser repensado con un enfoque que tenga una visión de futuro como, por ejemplo, un sistema de supervisión para identificar y manejar los factores que pudieran desencadenar un resultado negativo. Incluso así, las mejoras en el sistema de salud se pueden identificar e implementar.

REFERENCIAS

DANE. (2022). *Nacimientos en niños y adolescentes en Colombia*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ene-2022-nota-estadistica-embarazo.pdf>

Florián, M. (2022). *Agencia EFE*. Obtenido de EFE: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-salud-sexual-y-reproductiva-retrocede-30-anos-en-america-latina-por-pandemia/20000013-4765090>

Fundación Plan International España. (2021). *Plan International*. Obtenido de <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>

ICBF. (2021). *Instituto Colombiano*. Obtenido de <https://www.icbf.gov.co/noticias/ser-mama-debe-ser-una-decision-autonoma-y-sin-presiones-directora-icbf#:~:text=Arbel%20destac%20la%20reducci%20de,rango%20de%20edad%20en%202020>.

Margarita, F. V., Graciela, N. C., & Arenas, M. (2017). *Revista de Salud Pública*. Obtenido de SciELO: <https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n3/374-378/>

Mariñas, N. T. (2022). *Universidad Nacional de Cajamarca*. Obtenido de <http://190.116.36.86/bitstream/handle/20.500.14074/4969/TESIS%20PARA%20OPTAR%20EL%20TITULO%20PROFESIONAL%20DE%20LICENCIADA%20EN%20ENFERMER%20c3%8dA-%20NOELIA%20BELEN%20TORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Min. Salud y Protección Social. (2019). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx#:~:text=El%20embarazo%20adolescente%20puede%20ocurrir,desplazamiento%20o%20situaciones%20de%20conflicto>.

Rincon, D. (2019). *Alianza para la niñez Colombiana*. Obtenido de https://alianzaporlaninez.org.co/wp-content/uploads/2020/09/Reportaje_EA_220920-Embarazo-adolescente-1.pdf

ROLDÁN, D. O. (2021). *Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá*. Obtenido de EMBARAZO ADOLESCENTE EN COLOMBIA: ABORDAJE DESDE LAS CAMPAÑAS EDUCATIVAS DE PREVENCIÓN :

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/59026/TG-%20Ortiz%20Rolda%cc%81n%20Daniela.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

UNFPA, C. (2021). *En 2020 se produjeron 409 muertes maternas tempranas en Colombia*. Obtenido de <https://colombia.unfpa.org/es/news/en-2020-se-produjeron-409-muertes-maternas-tempranas-en-colombia>

Vivas, M. (2022). *Consultor Salud*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/embarazo-adolescente-4-268-ninas/>