



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GINECO OBSTETRICIA**

TÍTULO:

**INTERVENCIONES PRENATALES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA
DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL. PERÍODO 2006-2021. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

Trabajo final de grado presentado como requisito para optar al título de Maestría en
Enfermería Ginecoobstétrica

Autoras:

Maridenis Miranda Cano c.i.p. 4-189-830
Mayanín Martínez Dávila c.i.p. 4-153-443

Asesora: Doctora Diva Agudo

David, Chiriquí
República de Panamá

2025

TRIBUNAL EXAMINADOR

Asesora

Jurado

Jurado

Director de Postgrado

DECLARACIÓN JURADA

Nosotras, Maridenis Miranda Cano, con documentos de identidad n° 4-189-830 y Mayanín Martínez Dávila, con documento de identidad personal n° 4- 153-443, autoras del trabajo de grado titulado “Intervenciones prenatales desde la atención primaria para disminuir la mortalidad perinatal”, declaramos que el contenido, en su totalidad, es de nuestra exclusiva responsabilidad y autoría.

República de Panamá, David, Chiriquí, septiembre de 2025.

Maridenis Miranda Cano
C.i.p. 4-189-830

Mayanín Martínez Dávila
C.i.p. 4-153-443

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser guía constante en cada paso de este camino, por la fortaleza en los momentos de incertidumbre y por permitirnos culminar esta etapa con gratitud y esperanza. "Encomienda a Jehová tus obras, y tus pensamientos serán afirmados" (Proverbios 16:3).

A nuestras familias, por su amor incondicional, paciencia y apoyo en todo este proceso. Su confianza en nosotros ha sido el motor que nos impulsó a seguir adelante.

A nuestra asesora de tesis, Dra. Diva Agudo, por su orientación experta, sus valiosas observaciones y su compromiso con la excelencia académica. Su acompañamiento fue fundamental para el desarrollo riguroso de esta investigación.

A las lectoras y docentes de la Maestría en Ginecoobstetricia, por compartir sus conocimientos y experiencias; y, por fomentar en nosotros una visión crítica y humanista de la atención materna y perinatal.

Al personal del Departamento de Postgrado y Maestría por su disposición y colaboración en el proceso y los trámites de nuestras propuestas.

Finalmente, a todas las mujeres y familias cuyas experiencias fueron parte de los estudios consultados; y, que, directa o indirectamente, inspiraron esta investigación. Sus realidades nos impulsan a continuar trabajando por una atención prenatal más equitativa, preventiva y transformadora.

DEDICATORIA

A mi madre y mis hermanos, que desde el cielo siguen siendo mi guía, mi fuerza y mi inspiración. Su amor eterno y sus enseñanzas me acompañan en cada paso que doy. Esta meta es también de ellos, porque sembraron en mí el valor de luchar con fe y dignidad. A mi esposo, compañero incansable, por su apoyo silencioso, su paciencia infinita y por creer en mí, incluso cuando yo dudaba. Gracias por caminar a mi lado en este viaje de esfuerzo y crecimiento.

A mi hija, luz de mi vida, razón de mis desvelos y de mis sueños. Que este logro les recuerde que todo es posible cuando se trabaja con amor, perseverancia y propósito. Ustedes son mi mayor motivación.

Con todo mi corazón, esta tesis está dedicada a ustedes.

Maridenis

DEDICATORIA

A mi madre, por ser mi raíz, mi refugio y mi fuerza. Su amor incondicional y sus enseñanzas siguen guiando cada paso que doy.

A mis hijos, por ser mi motor, mi inspiración y mi razón de seguir adelante. Cada logro es también suyo, porque en ellos encuentro el sentido más profundo de mi esfuerzo y dedicación.

A mi hermana Yesenia por estar siempre presente en todos los momentos importantes de mi vida.

Con amor eterno, para ustedes.

Mayanín

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
DEDICATORIAVI
TABLA DE CONTENIDOSVII
ÍNDICE DE TABLAS.....	.XI
ÍNDICE DE FIGURA.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	13
RESUMEN	16
ABSTRACT	18
CAPÍTULO I	20
ASPECTOS GENERALES DE LA TESIS	20
1 Aspectos generales de la tesis	21
1.1 Antecedentes de la investigación	21
1.2 Situación actual	22
1.2.1 Planteamiento del problema	23
1.2.2. Formulación	26
1. 3 Objetivos	27

1.3.1 Objetivo general	27
1.3.2 Objetivos específicos	27
1.4 Delimitación y alcance de la investigación	27
1.5 Limitaciones	28
CAPÍTULO II	29
2 Marco teórico	30
2.1 Antecedentes históricos.....	31
2. 2 Antecedentes investigativos	32
2.3 Fundamento teórico	51
2.3.1Teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”	51
2.4. Fundamento legal	55
2.5. Definición de términos básicos.....	63
2.5.1- Atención primaria en salud.....	63
2.5.2. Control prenatal	65
2.5.3 Mortalidad perinatal	67
CAPÍTULO III	73
MARCO DE ASPECTO METODOLÓGICO	73
3.1 Enfoque epistemológico de la investigación.....	74
3.2 Tipo de estudio	75

3.2.1 Tipo de estudio según su enfoque	75
3.2.2 Tipo de estudio según el diseño	75
3.2.3 Tipo de estudio según el alcance	76
3.3 Justificación	76
3.4 Diseño de la investigación	78
3.5 Definición de las unidades y categorías de análisis	79
3.5.1 Categoría de análisis	80
3.6 Procedimiento para la tabulación y análisis de datos	81
3.7 El aporte del proyecto	86
3.8 Fuentes de información	888
3.9 Población y muestra	89
3.9.1 Población	89
3.9.2 Muestra	89
3.10 Criterios de inclusión o exclusión	99
3.10.1 Criterios de inclusión	99
3.10.2 Criterios de exclusión	99
3.11 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	101
3.12 Instrumentos para recolección de datos	103
3.12.1 Tratamiento de la información	104

3.13 Aspectos éticos	105
CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	107
4. Análisis e interpretación de resultados	108
4.1 Presentación de resultados	108
4.2 Discusión	139
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	142
5. Conclusiones y recomendaciones	143
5.1 Conclusiones	143
5.2 Recomendaciones	144
CAPÍTULO VI REFERENCIAS	145
6. Referencias	146
CAPÍTULO VII ANEXOS	167
7 Anexos	168

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Cobertura Nacional y regional de atención primaria	68
Tabla 2	Tasa de indicadores de mortalidad, según nacidos vivos 2023	69
Tabla 3	Categoría de análisis del estudio	83
Tabla 4	Categorías/Subcategorías/Unidad de análisis	85
Tabla 5	Artículos científicos seleccionados/ muestra	92
Tabla 6	Países, según artículos investigados	99
Tabla 7	Criterios y características del estudio	101
Tabla 8	Técnica para la recolección de la información	102
Tabla 9	Identificación de la influencia de atención primaria en la asistencia de cobertura y continuidad de controles prenatales desde enfoque analítico	111
Tabla 10	Estudios documentales de diferentes regiones relacionados con las intervenciones prenatales y la mortalidad perinatal	120
Tabla 11	Investigaciones sobre estrategias en el primer nivel de atención	127
Tabla 12	Teoría de Nola Pender, según intervenciones prenatales desde atención primaria	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Línea del tiempo control prenatal.	31
Figura 2	Mapa de países, según artículos revisados 2006-2021.	98
Figura 3	Controles Prenatales y cobertura desde el enfoque analítico.	118
Figura 4	Intervenciones prenatales con mayor impacto en la reducción de la mortalidad perinatal.	125
Figura 5	Intervenciones utilizadas en el primer nivel de atención que contribuyen a mejorar los desenlaces perinatales.	132
Figura 6	Triangulación conceptual entre la Teoría de Nola Pender y la reducción de la mortalidad perinatal.	136
Figura 7	Diagrama: Análisis geográfico de producción científica en salud materna y perinatal.	138

INTRODUCCIÓN

La mortalidad perinatal representa uno de los indicadores más sensibles de inequidad en salud maternoinfantil, reflejando no solo la calidad de los servicios clínicos, sino también las condiciones sociales, territoriales y estructurales que rodean el embarazo. A nivel mundial, se estima que más de 2 millones de muertes perinatales ocurren cada año, muchas de ellas prevenibles mediante intervenciones oportunas desde el Primer Nivel de Atención. (OMS, 2024; UNICEF, 2023)

Los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS) tienen el potencial de transformar esta realidad, al ofrecer cuidados integrales, continuos y centrados en las personas. En el ciclo reproductivo, la ginecoobstetricia, a través del control prenatal, establece las pautas clínicas y comunitarias que promueven el bienestar del binomio madre-hijo y de la familia. La APS permite detectar riesgos gestacionales, acompañar el desarrollo del embarazo y facilitar el acceso a servicios obstétricos oportunos, especialmente en contextos vulnerables. (WHO TAG, 2024; Karp *et al.*, 2024)

En el caso de Panamá, entre 1998 y 2022, se registraron 1 026 muertes maternas, de las cuales el 61.2 % fueron atribuibles a causas obstétricas directas, como hemorragia posparto, eclampsia y sepsis puerperal. Además, el 30.8 % de estas muertes ocurrieron en comarcas indígenas, donde persiste una marcada falta de acceso a servicios obstétricos especializados (Chávez & Herrera, 2024). Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer el Primer nivel de atención con enfoque territorial, intercultural y comunitario.

A nivel regional, países como Brasil, Colombia y Perú han documentado avances significativos mediante la implementación de visitas domiciliarias, educación familiar y vigilancia comunitaria, estrategias que han demostrado impacto positivo en la reducción de la mortalidad perinatal (UNFPA Panamá, 2023; Nigenda y Serván-Mori, 2024). Sin embargo, la heterogeneidad en la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura y articulación intersectorial sigue siendo un desafío para América Latina y el Caribe.

Diversas experiencias documentadas en América Latina y África subsahariana han puesto en evidencia que los contextos vulnerables, marcados por inequidad territorial, limitación de infraestructura y escasa capacidad resolutive, requieren enfoques adaptados desde la APS que incluyan visitas domiciliarias, educación familiar, vigilancia comunitaria y articulación interinstitucional. (Jurací *et al.*, 2008; Tesfalul *et al.*, 2020; Quiñónez Zúñiga, 2019) Ante este panorama, surge la necesidad de revisar y analizar críticamente cómo los sistemas de salud utilizan el control prenatal como estrategia dentro del modelo de atención primaria para enfrentar la mortalidad perinatal. Esta investigación documental propone una reflexión basada en estudios científicos originales, sistematizando los hallazgos sobre la efectividad, aplicación y desafíos de dichas estrategias en distintos contextos regionales y globales.

La presente investigación se sustenta en un análisis documental de fuentes académicas y estudios especializados en salud materna y perinatal. Se emplea un enfoque sistemático para examinar las intervenciones prenatales implementadas desde el Primer Nivel de Atención, con especial énfasis en aquellas estrategias orientadas a la prevención de muertes perinatales. Este estudio contribuye al cuerpo teórico existente en el campo de la atención primaria en salud, al tiempo que ofrece recomendaciones prácticas para optimizar los servicios prenatales, mejorar la detección temprana de riesgos y fortalecer el acompañamiento integral durante el embarazo.

La organización del documento responde a los lineamientos establecidos por la Universidad Autónoma de Chiriquí y se articula en las siguientes unidades: el marco introductorio, presenta los antecedentes sobre el estado actual del conocimiento en torno a las intervenciones prenatales desde la atención primaria, sustentado en investigaciones de diversas regiones y países. Los hallazgos más relevantes permiten contextualizar la problemática y fundamentar el enfoque del estudio.

La formulación del problema, define el problema de investigación, estableciendo los objetivos general y específicos. Este capítulo incluye la justificación del estudio desde las dimensiones teórica, institucional y metodológica, así como las limitaciones y delimitaciones que enmarcan el alcance del análisis.

En cuanto al marco teórico, desarrolla las bases conceptuales que sustentan el estudio, incorporando definiciones claves y aportes documentales que explican la importancia de las intervenciones prenatales en el Primer Nivel de Atención, en función de los elementos esenciales identificados y del sistema de objetivos planteado.

El marco metodológico constituye la sección donde se integran las decisiones que orientan el estudio en su modalidad teórica-documental. En él se describe el proceso sistemático de recopilación, análisis e interpretación de información secundaria, obtenida de fuentes científicas pertinentes y actualizadas. El análisis se desarrolla desde una perspectiva crítica asumida por los autores, lo que permite identificar hallazgos relevantes que sustentan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

RESUMEN

Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuyen significativamente a los cuidados maternoinfantiles, garantizando una atención integral a las necesidades físicas, emocionales y sociales de la mujer. En el ciclo reproductivo, la ginecoobstetricia, mediante el control prenatal, promueve el bienestar del binomio madre-hijo y su entorno familiar.

Pregunta central: ¿Qué intervenciones prenatales desde la atención primaria han demostrado impacto en la reducción de muertes perinatales evitables?

Objetivo: Analizar artículos científicos que vinculen la atención primaria y el control prenatal con la reducción de la mortalidad perinatal.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión cualitativa, teórica-documental y descriptiva, basada en la búsqueda exhaustiva de artículos originales publicados entre 2006 y 2021 en español, inglés y portugués. Las bases consultadas fueron PubMed, Scielo, Redalyc, Latindex, Elsevier y La Referencia. Se utilizó Zotero para organizar la información. La técnica principal fue la observación documental con una matriz de categorías como instrumento. El análisis siguió las etapas de Henao y Willes (2001). Se aplicaron criterios rigurosos de inclusión/exclusión y principios éticos, garantizando trazabilidad y rigor científico. *Resultados:* La investigación evidenció que las intervenciones prenatales desde la atención primaria reducen significativamente la mortalidad perinatal en Panamá, especialmente en zonas rurales e indígenas. Se identificaron barreras como la baja cobertura, escasa continuidad del control prenatal y limitaciones culturales. La aplicación del modelo de Nola Pender permitió comprender factores que influyen en la conducta de salud materna. Estrategias como el acompañamiento comunitario, la educación adaptada y la articulación intersectorial demostraron efectividad. *Conclusión:* fortalecer el Primer nivel de atención,

con enfoque integral, culturalmente pertinente y basado en evidencia es clave para mejorar los desenlaces perinatales. La atención primaria debe posicionarse como eje articulador de prevención, promoción y equidad en salud materna.

Palabras clave: prevención, intervenciones prenatales, atención primaria, mortalidad perinatal.

ABSTRACT

Health systems based on Primary Care significantly contribute to maternal and child care, ensuring comprehensive attention to the physical, emotional, and social needs of women. Within the reproductive cycle, gynecology-obstetrics—through prenatal care—promotes the well-being of the mother-child dyad and their family environment.

Central question: what prenatal interventions from Primary Care have shown impact in reducing avoidable perinatal deaths?

Objective: To analyze scientific articles linking primary care and prenatal monitoring with the reduction of perinatal mortality.

Materials and methods: a qualitative, theoretical-documentary, and descriptive review was conducted, based on an exhaustive search of original articles published between 2006 and 2021 in Spanish, English, and Portuguese. The databases consulted were PubMed, Scielo, Redalyc, Latindex, Elsevier, and La Referencia. Zotero was used to organize the information. The main technique was documentary observation, with a category matrix as the instrument. The analysis followed the stages proposed by Henao and Willes (2001). Rigorous inclusion/exclusion criteria and ethical principles were applied, ensuring traceability and scientific rigor.

Results: the research showed that prenatal interventions from primary care significantly reduce perinatal mortality in Panama, especially in rural and indigenous areas. Barriers such as low coverage, limited continuity of prenatal care, and cultural constraints were identified. The application of Nola Pender's model helped to understand factors influencing maternal health behavior. Strategies such as community accompaniment, culturally adapted education, and intersectoral coordination proved effective.

Conclusion: strengthening the first level of care with an integral, culturally relevant, and evidence-based approach is key to improving perinatal outcomes. Primary care should be positioned as the articulating axis of prevention, promotion, and equity in maternal health.

Keywords: prevention, prenatal interventions, primary care, perinatal mortality.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA TESIS

1 Aspectos generales de la tesis

1.1 Antecedentes de la investigación

La mortalidad perinatal continúa siendo un desafío crítico en salud pública, al reflejar la calidad de la atención sanitaria durante los periodos prenatal, parto y posparto. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este indicador comprende las muertes fetales tardías (≥ 22 semanas de gestación o ≥ 500 g de peso) y las muertes neonatales precoces (≤ 7 días de vida). (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2014)

Aunque las tasas globales han disminuido, millones de muertes siguen siendo prevenibles mediante intervenciones oportunas desde el Primer Nivel de Atención. La OPS y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) han enfatizado la necesidad de fortalecer el control prenatal, especialmente en poblaciones vulnerables, promoviendo el incremento de consultas prenatales de cuatro a ocho, como recomienda la OMS. (OMS, 2016; WHO Technical Advisory Group, 2024)

A nivel global, la ONU (2019) advierte que el primer mes de vida representa el periodo de mayor vulnerabilidad, especialmente para neonatos pretérmino o con bajo peso al nacer; y, que el 75 % de estas muertes ocurren en la primera semana. Estas cifras refuerzan la necesidad de fortalecer los programas de Atención Primaria con protocolos claros para la detección precoz de riesgos, acompañamiento integral y educación familiar. (Karp *et al.*, 2024; Olea-Ramírez *et al.*, 2024)

En Colombia, estudios como el de Rozo-Gutiérrez y Ávila-Mellizo (2021) evidencian que las deficiencias en cobertura y calidad del control prenatal contribuyen directamente a una mayor proporción de muertes evitables. Asimismo, Bernal Cortés *et al.* (2014) identificaron que, a

pesar de detectar riesgo obstétrico en el 50 % de las gestantes, las acciones de seguimiento fueron ineficaces, revelando fallos estructurales en el sistema de atención primaria.

En Perú, Ticona Rendón *et al.* (2011) demostraron que la falta de controles prenatales adecuados fue el principal predictor de muerte perinatal, agravado por factores como residencia materna rural, comorbilidades y atención tardía durante el parto.

En Panamá, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2015) reporta que hasta el 60 % de las muertes en menores de un año son potencialmente prevenibles con atención prenatal adecuada. En la provincia de Chiriquí, Ponce (2018) documentó 94 muertes fetales entre 2017 y 2018, asociadas a controles deficientes y comorbilidades no tratadas oportunamente.

Para el 2024, el resumen del Análisis de Situación de Salud (ASIS) para la región de Chiriquí, elaborado por el Ministerio de Salud de Panamá, las embarazadas esperadas eran de 7 045 con un ingreso efectivo a control prenatal de 1 501 reportando un leve aumento 21.3% con respecto al 18,6% reportado en el 2020. Este aumento muestra el esfuerzo por parte de las autoridades sanitarias, pero aún refleja barreras significativas en el acceso, especialmente en áreas rurales y de difícil cobertura. La evidencia sugiere que la implementación de estrategias prenatales oportunas, basadas en tecnología accesible, participación comunitaria y equipos multidisciplinarios, puede transformar significativamente los desenlaces perinatales. Estas acciones, sostenidas en el enfoque de APS, constituyen herramientas vitales en la prevención.

1.2 Situación actual

Diversos estudios han documentado deficiencias en la calidad del control prenatal, ausencia de vigilancia comunitaria y escasa articulación intersectorial desde el Primer Nivel de Atención. En consecuencia, la falta de intervenciones prenatales oportunas contribuye al incremento de muertes evitables, carga de años de vida perdidos y desigualdad sanitaria. Además, la

mortalidad perinatal constituye una de las causas más relevantes que contribuyen a la disminución de los años de vida saludables en diversos países con renta media como Panamá; y, se mantiene elevada a pesar del aumento en el acceso institucional al control prenatal. Los programas de atención no siempre responden con enfoque territorial, humanizado ni preventivo, generando barreras para gestantes en contextos vulnerables. De igual manera, la escasa implementación de intervenciones comunitarias desde el Primer nivel de atención dificulta la detección temprana de riesgos y el acompañamiento efectivo durante el embarazo, lo que perpetúa muertes evitables. En este escenario, resulta pertinente investigar qué intervenciones prenatales implementadas desde la atención primaria han demostrado impacto en la reducción de la mortalidad perinatal, con base en evidencia científica documentada.

1.2.1 Planteamiento del problema

La mortalidad perinatal continúa siendo un indicador crítico de desigualdad en salud pública, evidenciando fallas en los sistemas de atención materno-infantil durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel mundial, se registran más de 2 millones de muertes perinatales al año, muchas de ellas evitables, mediante intervenciones oportunas desde la atención primaria. (OMS, 2024; UNICEF, 2023)

En Panamá, entre 1998 y 2022, se documentaron 1 026 muertes maternas, de las cuales el 61.2 % fueron atribuibles a causas obstétricas directas: la hemorragia posparto y la eclampsia. Cabe destacar que el 30.8 % de estos fallecimientos ocurrieron en comarcas indígenas, territorios donde persisten serias limitaciones en el acceso oportuno a servicios obstétricos especializados (Chávez y Herrera, 2024). En este sentido, en la provincia de Chiriquí, las investigaciones reportan que 94 muertes fetales ocurrieron entre 2017 y 2018, representando el 1 % de los partos asistidos, y vinculadas a controles prenatales deficientes. (Ponce, 2018)

El Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal indica que hasta el 60 % de las muertes en menores de un año podrían prevenirse mediante atención prenatal adecuada (Ministerio de Salud [MINSA], 2015, p. 28). No obstante, aún persisten desafíos en regiones como Chiriquí, donde investigaciones como la de Ponce (2018) muestran que, de 9 552 partos registrados, 94 culminaron en muerte fetal, asociadas principalmente a controles prenatales insuficientes y a la falta de intervención sobre comorbilidades maternas. Al respecto, el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, principal centro de atención para mujeres de Chiriquí, Bocas del Toro y zonas fronterizas enfrenta limitaciones derivadas de factores socioeconómicos que condicionan negativamente el acceso y seguimiento de embarazos de alto riesgo.

De acuerdo con los objetivos quinquenales del MINSA y la Caja de Seguro Social (CSS), para el año 2025, se proyecta una mejora del sistema público de atención, mediante la coordinación interinstitucional, la capacitación de personal; y, el uso de tecnologías médicas en el nivel primario de atención (MINSA, 2019, p. 17). Este fortalecimiento se torna crucial ante cifras como las reportadas por UNICEF (2019), que indican una tasa de mortalidad infantil de 14.13 por cada

1 000 nacidos vivos en Panamá en 2018, siendo la provincia de Chiriquí la tercera en defunciones de menores de cinco años en 2017. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019, p. 4)

Asimismo, la ONU advierte que el primer mes de vida es el periodo de mayor vulnerabilidad, concentrando el 75 % de las muertes neonatales, especialmente en niños pretérmino o con bajo peso (Naciones Unidas, 2019). En cada consulta prenatal, la mujer embarazada debería recibir orientación integral sobre alimentación, salud sexual, prevención de VIH, inmunizaciones,

preparación para el parto y signos de alarma, lo cual se considera esencial para concluir con un embarazo saludable y un recién nacido sano. (OMS, 2016, p. 9)

A pesar de los avances tecnológicos y normativos, la estimación sistemática de factores de riesgo sigue siendo poco priorizada en algunos entornos clínicos, limitando así la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Estudios han demostrado que el control prenatal reduce significativamente las principales complicaciones neonatales, como la asfixia, el bajo peso al nacer y la prematuridad (Rozo *et al.*, 2021; Ticona Rendón *et al.*, 2011). Factores sociales, culturales, educativos y económicos continúan condicionando el acceso equitativo a cuidados prenatales efectivos.

En Colombia, la tasa de mortalidad perinatal alcanzó los 13.3 por cada 1 000 nacimientos en 2024, con alta prevalencia en zonas rurales y entre comunidades indígenas (Rozo-Gutiérrez y Ávila-Mellizo, 2021). Estudios como el de Bernal Cortés *et al.* (2014) evidencian que la falta de oportunidad en la atención primaria y los fallos en la remisión de embarazos de riesgo son factores determinantes.

En Brasil, aunque algunas capitales como Curitiba reportan hasta 90.1 % de cobertura prenatal adecuada; otras ciudades como Rio Branco apenas alcanzan el 47.1 %, reflejando brechas sustanciales. Todas las capitales del país superan la tasa promedio de mortalidad infantil de los países OCDE (5.5 por mil), lo que sugiere desafíos persistentes en la calidad del control prenatal. (UNFPA Brasil, 2024)

Estos datos muestran que, en diversos contextos, la falta de implementación sistemática de estrategias prenatales desde la atención primaria, como visitas domiciliarias, vigilancia comunitaria y educación familiar, limita la capacidad resolutoria del sistema de salud y perpetúa muertes evitables.

La revisión crítica de las estrategias implementadas en atención primaria resulta indispensable para evaluar su capacidad de modificar positivamente los desenlaces perinatales. El fortalecimiento del enfoque preventivo desde el Primer nivel de atención representa una oportunidad real para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, especialmente en comunidades vulnerables donde aún persisten desigualdades.

1.2.2. Formulación

La atención primaria en salud representa el primer nivel de contacto entre la población y los servicios sanitarios, desempeñando un papel clave en la detección temprana de riesgos durante el embarazo. La persistencia de altas tasas de mortalidad perinatal en contextos vulnerables, a pesar de los avances en cobertura prenatal, plantea interrogantes sobre la efectividad real de las intervenciones implementadas desde este nivel de atención.

En este contexto, se formula la siguiente pregunta central:

- ¿En qué medida las intervenciones prenatales desarrolladas desde la atención primaria contribuyen a la disminución de la mortalidad perinatal?

Para dar respuesta, se plantean las siguientes preguntas específicas:

- ¿Qué influencia tiene la atención primaria en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales?
- ¿Cuál es el impacto de las de las intervenciones prenatales en los indicadores de mortalidad perinatal, según estudios documentados en diferentes contextos?
- ¿Qué estrategias se utilizan en el Primer nivel de atención que contribuyen a mejorar los desenlaces perinatales y prevenir las muertes?
- ¿Comprender la teoría de Nola Pender con relación en la salud materna y su relación en las intervenciones prenatales desde la atención primaria?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar las intervenciones prenatales implementadas desde la atención primaria de salud, orientadas a disminuir la mortalidad perinatal.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la influencia que tiene la atención primaria en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales.
- Determinar el impacto de las intervenciones prenatales en los indicadores de mortalidad perinatal, según estudios documentados en diferentes contextos.
- Analizar las estrategias utilizadas en el Primer nivel de atención que contribuyen con el mejoramiento de los desenlaces perinatales y la prevención de muertes.
- Establecer la triangulación de la teoría de Nola Pender y las intervenciones prenatales desde la atención primaria para disminuir la mortalidad perinatal.

1.4 Delimitación y alcance de la investigación

El presente estudio documental tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de artículos científicos publicados en el ámbito internacional que aborden estrategias dirigidas a la disminución de la mortalidad perinatal, con base en el control prenatal y la atención sanitaria desde el enfoque de atención primaria.

La revisión contempla literatura científica publicada en los últimos 15 años, en los idiomas español, inglés, portugués. Bibliografía que permite una perspectiva amplia del fenómeno. El alcance temático se centra específicamente en el análisis de intervenciones prenatales y estrategias desarrolladas desde el Primer Nivel de Atención, orientadas a mejorar los desenlaces

perinatales. Asimismo, en el ámbito geográfico, la investigación se delimita a la identificación de artículos originales de carácter internacional, con interés particular en estudios que aporten evidencia aplicable a contextos similares al panameño, especialmente en regiones como Chiriquí donde se observa alta vulnerabilidad y necesidad de fortalecimiento en los programas de salud maternoinfantil

Finalmente, esta investigación tiene una relevancia significativa en el ámbito de la salud, ya que permitirá a los profesionales establecer estrategias basadas en riesgo, modificar escenarios clínicos y comunitarios; y, diseñar guías de trabajo contextualizadas. Todo ello contribuirá a una atención segura, oportuna y de calidad, orientada a lograr desenlaces positivos para la mujer, su hijo y su entorno familiar.

1.5 Limitaciones

En el desarrollo de la investigación consideramos que la limitación principal fue el acceso restringido a la plataforma tecnológica, recursos físicos institucionales y provinciales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2 Marco teórico

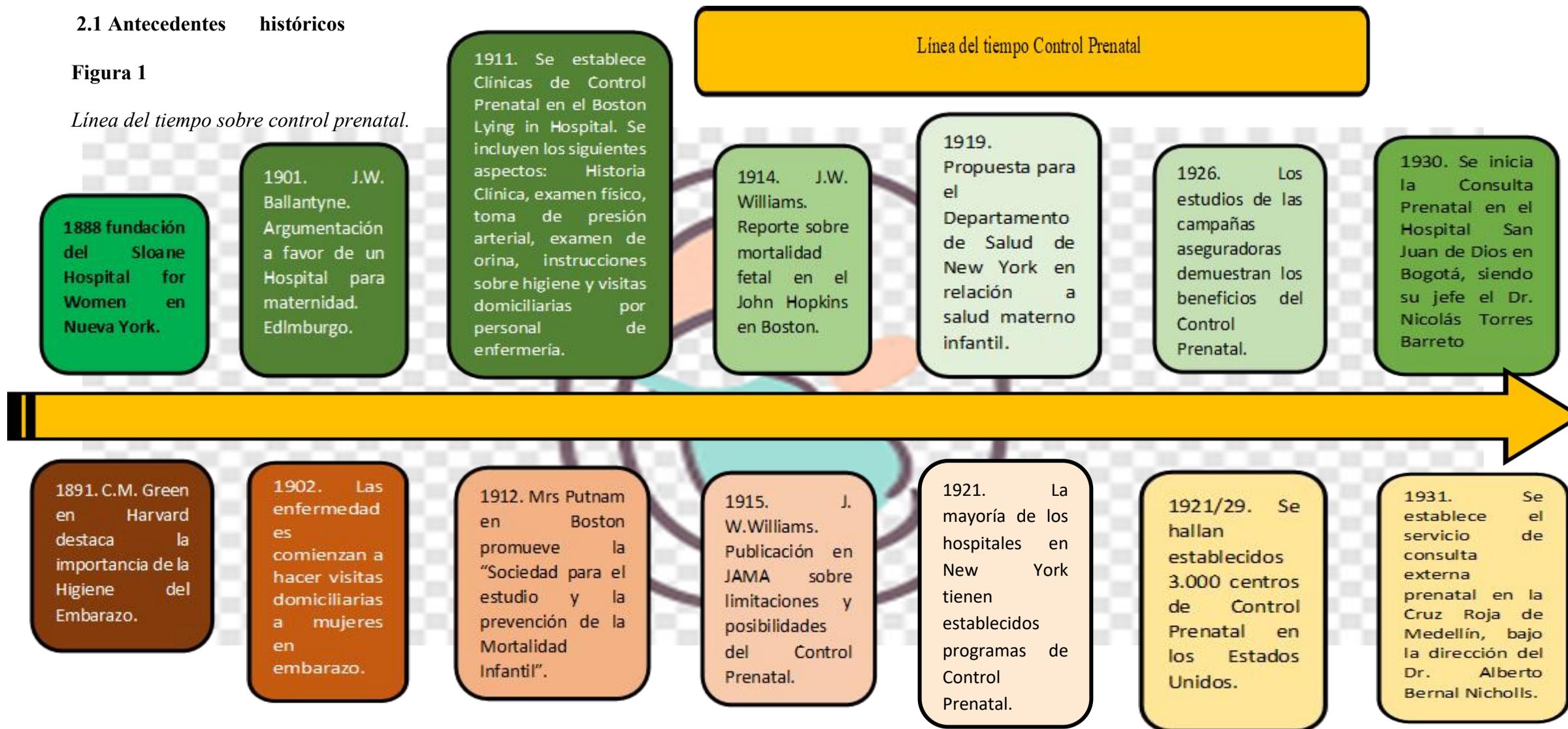
El presente capítulo desarrolla el marco teórico que sustenta esta investigación, integrando modelos conceptuales, enfoques disciplinares y hallazgos relevantes que permiten comprender la problemática de salud materna en contextos vulnerables. Se otorga especial énfasis al Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el cual orienta tanto la interpretación de los datos como la formulación de estrategias de intervención adaptadas a las necesidades de las comunidades estudiadas.

Asimismo, se revisan estudios previos y categorías analíticas que fortalecen la base epistemológica del trabajo, promoviendo una visión integral y contextualizada del fenómeno en estudio. La investigación se abordó desde una perspectiva disciplinar que articula el enfoque metodológico seleccionado, garantizando coherencia entre los objetivos, el diseño y la interpretación de los hallazgos. Este marco teórico proporciona una base sólida para el análisis crítico y el desarrollo de intervenciones pertinentes, culturalmente sensibles y sostenibles.

2.1 Antecedentes históricos

Figura 1

Línea del tiempo sobre control prenatal.



Nota: Información obtenida a través de las autoras, 2025.

2. 2 Antecedentes investigativos

El acceso a un control prenatal de calidad, brindado por personal capacitado, es una condición esencial para garantizar el bienestar materno-fetal y reducir la mortalidad perinatal. Diversos estudios han demostrado que las intervenciones comunitarias, como las visitas domiciliarias, pueden mejorar significativamente la cobertura, la oportunidad diagnóstica y la participación familiar en el proceso de atención prenatal.

Por ejemplo, el estudio de Juraci *et al.* (2008) evaluó el impacto de diferentes estrategias de visitas domiciliarias en mujeres embarazadas en situación de pobreza en el sur de Brasil. Las gestantes fueron divididas en tres grupos: uno atendido por agentes comunitarios de salud, otro por líderes voluntarios de la Pastoral da Criança y un grupo control. Los resultados mostraron que las mujeres visitadas por agentes comunitarios iniciaron más temprano el control prenatal, realizaron mayor número de consultas, exámenes clínicos y de laboratorio, recibieron orientación sobre lactancia materna y fueron suplementadas con sulfato ferroso. Además, se observó una mayor participación familiar, especialmente del esposo, en las consultas prenatales. (Juraci *et al.*, 2008)

Este enfoque se relaciona directamente con la presente investigación, que propone integrar las visitas domiciliarias como estrategia para ampliar la cobertura, fortalecer el vínculo familiar y evaluar las condiciones sociales y económicas que inciden en el embarazo. La atención prenatal desde el hogar no solo mejora el acceso, sino que también permite una intervención más contextualizada y centrada en las necesidades reales de la gestante.

En un contexto similar, Tough *et al.* (2006) realizaron un ensayo controlado aleatorizado en Canadá para examinar el impacto del apoyo complementario de enfermería prenatal y visitas

domiciliarias en el uso de recursos sanitarios. El estudio incluyó a 1 352 mujeres embarazadas y evidenció que el acompañamiento adicional por parte de enfermeras y visitantes domiciliarios aumentó significativamente la probabilidad de que las gestantes accedieran a recursos comunitarios disponibles, incluso en poblaciones de alto riesgo. Aunque, no se observó una reducción en la brecha de uso de recursos entre mujeres de bajo y alto riesgo. El estudio destaca el valor de las intervenciones comunitarias en la mejora del acceso y la adherencia al control prenatal. (Tough *et al.*, 2006)

Más recientemente, el programa Doc@Home (Salud casa por casa) implementado por el gobierno mexicano, a nivel nacional, demostró que las visitas domiciliarias pueden reducir la mortalidad materna en un 18 %, al mejorar la conciencia sobre signos de complicaciones y facilitar el acceso oportuno al sistema de salud. Este programa combinó visitas informativas con derivaciones clínicas, generando beneficios sociales y sanitarios significativos. (Olvera y Ramos Pastrana, 2024)

El estudio de Hernández *et al.* (2009), que revisó 35 años de registros en un hospital de ginecoobstetricia en Monterrey, México, evidenció una tendencia significativa a la baja en las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Aunque en 2006, la tasa perinatal aún superaba en un 26 % la de países desarrollados, los resultados sugieren que las intervenciones sostenidas en el tiempo pueden generar mejoras sustanciales en los indicadores perinatales.

Durante el mismo año (2009), KalolisKi, A., *et al.*, en su investigación, prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en los hospitales públicos, con el objetivo de investigar el uso de prácticas benéficas de atención en una red de hospitales maternos de Argentina, utilizando el estudio descriptivo prospectivo multicéntrico de 6 661 partos en 9 hospitales se evaluó 5 prácticas de atención obstétrica que reducen la morbilidad y la mortalidad materna y

perinatal; la frecuencia de uso de las prácticas maternas y perinatales basadas en evidencia seleccionadas es baja, además de haber una gran variación entre los distintos hospitales y dentro de cada uno de ellos.

En el 2010, Castañeda-Casale, G., et. al, en su estudio: “Mortalidad perinatal en un hospital general de segundo nivel sin unidad de cuidados perinatales”, el estudio tuvo como objetivo de determinar la tasa de mortalidad perinatal I y contribuir con elementos epidemiológicos a la planificación de estrategias que favorezcan una mejor atención en esa etapa. En este sentido, este autor, refiere que para conocer las tasas de mortalidad perinatal I en un lapso de cuatro años y las principales causas de muerte, realizó un estudio longitudinal retrospectivo en el hospital referido considerando todas las tasas calculadas de mortalidad perinatal desde el 2002, revisando los expedientes de las defunciones de enero de 2004 a diciembre de 2007. Se incluyeron todas las muertes fetales tardías y todas las muertes neonatales tempranas o hebdomadales. Se excluyeron todas las muertes fetales de productos con menos de 28 semanas de gestación o peso corporal menor a 1 000 g y las defunciones de recién nacidos fallecidos, posterior a los siete días de vida extrauterina (168 horas o más). Mostraron los siguientes resultados: la tendencia al aumento de la tasa de mortalidad perinatal I a expensas de la mortalidad hebdomadal sustenta la necesidad de que los hospitales de segundo nivel de atención dispongan de un área específica equipada y con personal calificado en cuidados perinatales, principalmente aquellos que carecen del apoyo de unidades de tercer nivel (o lo tienen en forma limitada), así como de implementar programas de capacitación y actualización permanentes y rotativos a los prestadores de servicios para la atención del binomio madre-hijo.

Estos tres estudios anteriores enmarcan la necesidad de establecer estrategias que mejoren la comunicación entre los sistemas de salud de manera que la capacidad de respuesta ante las

necesidades de la paciente embarazada sea diligenciada de manera oportuna, igualmente fortalecer las áreas hospitalarias con personal y equipo que tengan mayor capacidad de respuesta. En el estudio titulado Mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un hospital de ginecoobstetricia: revisión de 35 años, publicado en 2009, Hernández *et al.* se propusieron examinar la evolución de las tasas de mortalidad perinatal registradas en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 23, ubicado en Monterrey, Nuevo León, a lo largo de un período de 35 años, 1972 a 2006. Para ello, revisaron expedientes y recopilaron información de los registros de los departamentos de trabajo social, neonatología, sistemas de información médica y certificados de muertes fetales y neonatales. Los resultados mostraron que las tasas promedio de mortalidad fetal, neonatal y perinatal fueron de 11.2, 11.3 y 20.5 por 1 000 nacimientos, respectivamente. En 2006, la tasa de mortalidad perinatal fue de 13.5 por 1 000 nacimientos, lo que representa un 26 % por encima de la media de los países desarrollados (10/1 000 nacimientos). Sin embargo, todas estas tasas estaban por debajo de la media nacional, con una tendencia significativa a la baja desde 1976 hasta 2006: una reducción del 57 % en mortalidad fetal, 18 % en mortalidad neonatal y 48 % en mortalidad perinatal.

Diversos estudios, han evidenciado que el acceso oportuno a prácticas obstétricas basadas en evidencia es fundamental para reducir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, la implementación de estas prácticas aún presenta desafíos significativos en muchos países de América Latina. Por su parte, Castañeda-Casale *et al.* (2010) realizaron un estudio longitudinal retrospectivo en un hospital general de segundo nivel sin unidad de cuidados perinatales, con el objetivo de determinar la tasa de mortalidad perinatal tipo I y sus causas. Se revisaron los expedientes de todas las muertes fetales tardías y neonatales tempranas ocurridas entre 2004 y 2007, se excluyeron los casos con edad gestacional inferior a 28 semanas o peso al nacer menor a

1 000 gramos, conforme a los criterios establecidos. Los resultados mostraron un aumento en la tasa de mortalidad perinatal tipo I, especialmente por muertes hebdomadales, lo que evidenció la necesidad de contar con áreas específicas y personal capacitado en cuidados perinatales, así como de implementar programas de formación continua para el equipo de salud.

En conjunto, estos estudios destacan la urgencia de fortalecer los sistemas de atención materna y perinatal mediante estrategias que mejoren la calidad del cuidado, la capacitación del personal y la infraestructura hospitalaria. Además, subrayan la importancia de establecer canales efectivos de comunicación entre los niveles de atención para garantizar una respuesta oportuna a las necesidades de las gestantes.

Estos tres estudios previos resaltan la importancia de implementar estrategias que mejoren la comunicación entre los sistemas de salud. De esta manera, se podrá garantizar una respuesta oportuna a las necesidades de las pacientes embarazadas. Asimismo, es fundamental fortalecer las áreas hospitalarias mediante la incorporación de personal capacitado y equipamiento adecuado, con el fin de incrementar su capacidad de respuesta.

El estudio realizado por Catalán Álvarez, V. en 2010, titulado "Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal" se centró en analizar las diferencias en los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud entre dos grupos de mujeres residentes en Bucaramanga y Lebrija, Santander, durante el 2004. Fue una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, con un diseño de casos y controles. La muestra incluyó 7 casos de muertes perinatales y 21 controles con recién nacidos vivos, seleccionados mediante muestreo por conveniencia. Las variables analizadas fueron: características de la madre, del niño, oportunidad de atención, percepción de atención, funcionalidad y costos, con análisis mediante frecuencias absolutas y relativas. Los resultados indicaron que la oportunidad de atención fue la variable con

mayor frecuencia en todos los niveles de atención, destacando su importancia en la accesibilidad y calidad del servicio.

Asimismo, con relación en la funcionalidad, el estudio sugirió que existen inconsistencias en el control prenatal, resaltando la necesidad de mejorar la prevención, identificación de factores de riesgo y riesgos preconceptionales y materno-perinatales. La investigación concluye que mejorar la oportunidad de atención y la calidad del control prenatal son fundamentales para reducir las muertes perinatales relacionadas con la accesibilidad en los servicios de salud.

En 2011, Ticona Rendón, M., y Huanco Apaza, D., llevaron a cabo el estudio "Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú". El propósito de esta investigación fue distinguir los factores de riesgo vinculados a la mortalidad perinatal en los hospitales seleccionados, así como evaluar su disposición predictiva. Para ello, se diseñó un estudio prospectivo, analítico con enfoque de casos y controles, en el que se incluyeron 951 muertes perinatales como casos, incluyendo muertes fetales tardías y neonatales precoces con un peso al nacer de 1 000 g o más. Los controles fueron seleccionados aleatoriamente, asignando un recién nacido vivo por cada caso de muerte perinatal. La población total del estudio incluyó 48 422 nacimientos registrados entre enero y junio de 2008 en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú, distribuidos en las tres regiones naturales del país: costa, sierra y selva.

La recolección de datos se realizó a partir de registros clínicos perinatales unificados por el Ministerio de Salud, que integran datos sistematizados tanto de las madres como de los recién nacidos, entrevistas realizadas a las madres y a los profesionales que atendieron el parto o el recién nacido.

Los hallazgos del estudio evidencian que los factores de riesgo atribuibles al recién nacido presentan una asociación más significativa y una capacidad predictiva superior respecto a la

mortalidad perinatal, en comparación con aquellos vinculados a la madre, dentro de los hospitales del Ministerio de Salud del Perú.

Según el estudio titulado "Atención primaria y mortalidad maternoinfantil en Iberoamérica", realizado en 2012 por Herrera, J., el objetivo del estudio fue analizar los indicadores de salud y la posible relación entre la presencia de médicos de familia en la atención primaria y las tasas de mortalidad maternoinfantil. Las asociaciones científicas nacionales de medicina de familia y comunitaria de la región proporcionaron la información correspondiente a cada país. Tras un análisis estadístico centralizado, se concluyó que la presencia de profesionales de medicina familiar en los países iberoamericanos se relacionó con una reducción en la incidencia de muertes infantiles, contribuyendo así al cumplimiento de las metas del milenio.

Por otro lado, el estudio "Control prenatal versus resultado obstétrico perinatal", realizado en 2012 por Rico Venegas, R.M., *et al.*, en México, el estudio tuvo como objetivo determinar el impacto del control prenatal y algunos factores asociados en los resultados obstétricos y perinatales. Para ello, se utilizó el método de cohortes reconstruidas, revisando expedientes y recabando la opinión de 419 púerperas seleccionadas aleatoriamente por conglomerados diarios. Los resultados mostraron que, en este grupo particular, el control prenatal no se relacionó con una mejora en los resultados obstétricos ni perinatales, exceptuando la prevención de la macrosomía fetal.

En Chile, Ovalle, S.A. *et al.*, en su estudio "Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago", el estudio tuvo como objetivo identificar la mortalidad perinatal en casos de parto prematuro, así como los factores de riesgo asociados. Para ello, se analizaron datos clínicos perinatales, resultados de laboratorio y hallazgos patológicos correspondientes al feto, al neonato y a la placenta. Los métodos

empleados incluyeron análisis de resultados de laboratorio, observación y la revisión de 78 autopsias.

La integración de información clínica materna y perinatal, complementada con resultados de laboratorio y hallazgos patológicos, fue clave para reconocer los factores vinculados al parto prematuro y los riesgos asociados a la mortalidad perinatal. Este análisis contribuye a diseñar intervenciones más eficaces orientadas a disminuir tanto la frecuencia de nacimientos prematuros como las muertes relacionadas.

Al analizar estos estudios con relación en la investigación actual, se establece una conexión entre el control prenatal, la mortalidad perinatal y la importancia de contar con médicos o personal de salud familiar. Estas estrategias son cruciales en la prevención y disminución de los factores que contribuyen a la mortalidad neonatal y perinatal.

Durante el 2013, Vélez Arango, J.E. en su estudio Resultados materno perinatales, en la consulta de alto riesgo, SES (Servicios Especiales de Salud) Hospital de Caldas, 2009-2011, el estudio tuvo como objetivo describir el resultado materno perinatal de las usuarias de la consulta de alto riesgo obstétrico en SES Hospital de Caldas, atendidas desde septiembre 1 de 2009 hasta el 31 de agosto de 2011. En su efecto, establecieron un comparativo con los resultados perinatales de las pacientes no consideradas de riesgo. En el estudio de tipo prospectivo descriptivo, la recopilación de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas hospitalarias y entrevistas telefónicas a 108 pacientes. Los hallazgos evidencian la falta de uniformidad en los criterios utilizados para referir a la consulta de alto riesgo obstétrico, dado que en el 38.3 % de los casos no se identificaron razones clínicas claras que respaldaran dicha remisión.

Por otro lado, en 2013, Jacinto *et al.* llevaron a cabo una investigación "Mortalidad perinatal en el municipio de Salvador, nordeste de Brasil: evolución de 2000 a 2009", el estudio tuvo como objetivo analizar la evolución de la mortalidad perinatal con relación en la magnitud del problema y su extensión. Utilizaron un estudio descriptivo de tendencia temporal, considerando 10 994 óbitos perinatales de madres residentes en Salvador, con edad gestacional igual o mayor a 22 semanas, recién nacidos con edad máxima de 6 días y peso superior a 500 gramos, registrados entre 2000 y 2009. La investigación se sustentó en datos provenientes del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos y del Sistema de Información de Mortalidad, ambos accesibles a través de la plataforma electrónica del Datasus, gestionada por el Ministerio de Salud. Los hallazgos indicaron que, aunque la tasa de mortalidad perinatal ha mostrado una tendencia a la disminución, sigue siendo elevada. Además, la prevalencia reciente de mortalidad fetal refleja cambios en el perfil de las causas y resalta la importancia de las acciones preventivas. Se concluyó que una atención prenatal de calidad, control de riesgos y mejoras en la asistencia durante el parto, puede contribuir a reducir la ocurrencia de causas evitables.

Se incorporó el estudio, realizado por Munares-García O. en 2013, "Factores asociados al abandono del control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud del Perú", el estudio tuvo como objetivo analizar los determinantes vinculados al abandono del control prenatal. Para ello, se llevó a cabo un estudio de casos y controles con 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono del control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según la fecha de parto y el sexo del recién nacido. Se recopilaron datos generales y se analizaron factores relacionados con el abandono, incluyendo aspectos personales, institucionales y médicos.

Los resultados concluyeron que residir en barrios marginales incrementa el riesgo de abandono.

Además, reconocer el control prenatal como un componente esencial, disponer de permisos laborales, no enfrentar obstáculos derivados de las tareas domésticas, acceder a servicios integrales, garantizar la coordinación interinstitucional, facilitar la programación de citas y asegurar una atención de calidad contribuyen significativamente a reducir los riesgos de abandono.

Estos hallazgos refuerzan la importancia del control prenatal en la reducción de riesgos para la salud de la gestante y su hijo. Asimismo, resaltan la influencia de factores laborales y condiciones del entorno social en los resultados adversos, subrayando la necesidad de abordarlos integralmente para mejorar la adherencia a los programas de atención prenatal.

Durante 2014, Bernal Cortés D.P., en su estudio, "Caracterización de la mortalidad perinatal en Manizales, Colombia, 2009-2012", tuvo como objetivo caracterizar la mortalidad perinatal en Manizales entre 2009 y 2012, considerando variables sociodemográficas, clínicas, de atención en salud, régimen de afiliación y sus relaciones. Se trata de una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo, que abarca todas las muertes perinatales ocurridas entre enero de 2009 y diciembre de 2012, comprendidas a partir de las 22 semanas de gestación o un peso fetal igual o superior a 500 g hasta los primeros siete días posteriores al nacimiento.

Se analizaron un total de 212 fichas de mortalidad perinatal del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. La conclusión del estudio sugiere la existencia de deficiencias en la identificación del riesgo materno durante el control prenatal, realizado en el Primer Nivel de Atención. Esta limitación podría explicar por qué la mayoría de las muertes perinatales se producen en el tercer nivel de atención, específicamente en el momento del parto.

Por otro lado, en el estudio "Fortalezas y debilidades en la implementación de revisiones de muerte materna y perinatal en Tanzania: percepciones, procesos y práctica", realizado por

Armstrong, C.E. *et al.*, en 2014, analiza la institucionalización, durante 2006, del sistema de revisiones de muertes maternas y perinatales (MPDR) en Tanzania. Sin embargo, existe poca evidencia sobre el alcance y la calidad de su implementación. La investigación revisó las pautas nacionales de MPDR y utilizó un enfoque cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas. En total, se entrevistaron a treinta y dos informantes en la región Mara, provenientes de la administración de salud y hospitales, además de cinco informantes a nivel central. Las entrevistas fueron analizadas para comparar las declaraciones según el nivel del sistema de salud, el tipo de institución, la profesión y la experiencia en MPDR. La conclusión indica que la confusión entre MPDR y la vigilancia y respuesta ante la muerte materna genera un sistema enfocado principalmente en la recopilación de datos y la vigilancia, sin explorar adecuadamente los desafíos y soluciones dentro del ámbito de competencia del equipo hospitalario. Esta situación diluye la responsabilidad de los profesionales de la salud y restringe las posibilidades de implementar mejoras sustantivas en la calidad del cuidado.

Marrugo-Arnedo, C.A., en 2015, realizó la investigación “Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia”, el estudio tuvo como objetivo principal estimar y analizar los factores individuales y de contexto que influyen en el uso de los servicios prenatales (controles prenatales) por parte de las mujeres colombianas embarazadas. Para ello, empleó un estudio transversal basado en el microdato de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 en Colombia. Entre las principales conclusiones del estudio, se resalta que las diferencias en la cantidad de controles prenatales son estadísticamente significativas en función del nivel socioeconómico del hogar. En particular, las mujeres pertenecientes a los quintiles superiores presentan una mayor probabilidad de acceder a un número adecuado de controles. Asimismo, el nivel educativo emerge como un factor clave, al fomentar la conciencia sobre la relevancia de

estos controles, lo que incide positivamente en la calidad de la atención durante el parto y el período postnatal.

En 2015, Villalba T.C. y Martínez Silva P.A. publicaron el estudio “Mortalidad perinatal y neonatal temprana en la Clínica Universitaria Colombia: análisis de las cohortes 2012 y 2013”, el estudio tuvo como objetivo examinar la mortalidad perinatal en dicha institución durante los años mencionados. Para ello, desarrollaron una investigación descriptiva y retrospectiva, basada en datos del subsistema de vigilancia de mortalidad perinatal, complementados con la revisión de historias clínicas y certificados de defunción. Los autores concluyen que el comportamiento de la mortalidad perinatal en la Clínica Universitaria. El análisis se realizó utilizando la matriz BABIES en conjunto con el modelo de demoras. Colombia es consistente con lo reportado en la literatura científica. Además, enfatizan la necesidad de implementar acciones orientadas al reconocimiento de los riesgos biopsicosociales en las gestantes, a la garantía de los derechos humanos sexuales y reproductivos, al conocimiento de signos y síntomas de alarma, y a la capacitación del talento humano para mejorar los resultados en salud perinatal.

Así mismo, Flores Navarro-Pérez, C. *et al.*, en su estudio “Factores sociodemográficos y adecuación de la mortalidad perinatal asociada a la atención prenatal en mujeres embarazadas colombianas en 2015”, los autores plantearon como objetivo principal determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el seguimiento prenatal con la mortalidad perinatal en gestantes colombianas. Para ello, desarrollaron un estudio descriptivo y transversal de tipo secundario, basado en datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN 2010) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). La muestra incluyó 14 754 mujeres embarazadas, entre los 13 y 44 años de edad. Los hallazgos revelaron que la mortalidad perinatal

varía significativamente, según los factores sociodemográficos y el tipo de seguimiento prenatal recibido.

En 2016, en Colombia, Miranda Mellado, C., llevó a cabo el estudio "Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia)", el estudio tuvo como objetivo determinar los factores de capacidad relacionados con el uso adecuado del control prenatal en gestantes de Sincelejo en 2014. Con el fin de alcanzar dicho objetivo, se empleó un diseño analítico de corte transversal, utilizando una muestra de 730 gestantes seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. Los hallazgos del estudio revelaron una asociación estadísticamente significativa entre el uso adecuado del control prenatal y dos variables relacionadas con la capacidad de acceso, la afiliación al sistema de salud y el nivel de satisfacción con los servicios recibidos.

En el estudio complementario "Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal", la autora, junto a un equipo de investigación, resaltó la importancia de comprender los factores de necesidad que inciden en la adherencia al control prenatal, dada la trascendencia social de la mortalidad y morbilidad materna.

La investigación se basó en un diseño analítico de corte transversal con una muestra de 730 mujeres gestantes seleccionadas, mediante muestreo aleatorio por conglomerados en distintas comunas de Sincelejo. Para la recopilación de información, se aplicaron una encuesta sociodemográfica, una ficha de seguimiento del control prenatal y un cuestionario estructurado, según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, orientado a explorar las percepciones de necesidad de las participantes.

Entre los principales hallazgos, se identificó que la percepción positiva sobre los beneficios y resultados esperados del control prenatal fue el factor más determinante en la adherencia y asistencia regular a las consultas.

García-Balaguera, C. (2017), en su estudio “Barreras de acceso y calidad en el control prenatal”, tuvo como objetivo describir las barreras de acceso y la calidad de la atención en el control prenatal en una región específica. Para alcanzar dicho propósito, se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, utilizando una encuesta que exploró la percepción de la calidad del servicio, las barreras de acceso y el grado de integralidad en la atención recibida. La principal conclusión del estudio subraya la necesidad de fortalecer tanto la calidad como la integralidad del control prenatal por parte de los prestadores de servicios de salud, como estrategia complementaria para disminuir la morbilidad materna y perinatal.

Rincón Socha, P., *et al.* (2017), en la investigación "Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Mederi (2010-2011)", el estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo anteparto, intraparto y fetales asociados al diagnóstico de asfixia perinatal (AP). Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, pareados según la fecha de nacimiento. Los resultados evidencian que la identificación oportuna y el manejo precoz de los factores de riesgo son determinantes para reducir la incidencia de asfixia perinatal en recién nacidos.

Estudio en Etiopía (2017), "Factores asociados con la mortalidad perinatal en partos en Addis Abeba" buscó identificar los factores comunes y evitables que afectan la mortalidad perinatal en esa ciudad. Utilizó un diseño de casos y controles. Los resultados evidencian que muchos factores asociados con la mortalidad perinatal pueden prevenirse mediante un adecuado seguimiento y atención prenatal, incluyendo el monitoreo del trabajo de parto con partograma, la

atención inmediata del recién nacido y la intervención para retrasar el intervalo entre nacimientos. Estas acciones son cruciales para reducir la mortalidad perinatal en la región.

Rojas Gualdrón, D.F. y Caicedo Velásquez, B. (2017) en el estudio Accesibilidad geográfica al cuidado obstétrico y neonatal y su efecto en la mortalidad neonatal temprana en Colombia (2012-2014), el estudio tuvo como objetivo describir la accesibilidad geográfica a camas obstétricas y neonatales y analizar su relación con la mortalidad neonatal temprana en los municipios de Colombia. Para ello, se llevó a cabo un estudio ecológico a nivel municipal. Se emplearon técnicas de regresión por mínimos cuadrados y regresión geográficamente ponderada para explorar las asociaciones estadística y espacial. Los resultados indicaron que los municipios con mayores tasas de mortalidad neonatal tienden a presentar menor accesibilidad geográfica a camas obstétricas y neonatales, incluso después de controlar variables municipales, económicas y de fecundidad. Además, esta asociación fue significativa únicamente en los municipios de la costa oeste, mientras que en los municipios del interior la relación disminuía en intensidad.

Gomes Da Silva, N. *et al.* (2018) en su estudio “Muertes perinatales prevenibles mediante la intervención del Sistema Único de Salud de Brasil”, se tuvo el propósito de caracterizar epidemiológicamente las muertes perinatales vinculadas a intervenciones y procesos del sistema de salud pública. La investigación fue de tipo descriptivo con análisis temporal, centrada en las muertes perinatales de madres residentes en Recife, entre 2010 y 2014. Se clasificaron las causas de muerte en evitables para determinar su potencial prevención, y se utilizó EpiInfo versión 7 para el análisis de las variables. Los resultados mostraron un total de 1 756 muertes perinatales (1 019 fetales y 737 neonatos prematuros), con una reducción del 15,8% en las muertes neonatales tempranas y un incremento del 12,1% en las muertes fetales. Las principales causas

identificadas fueron afecciones maternas que afectaron al feto y recién nacidos, así como asfixia e hipoxia al nacer.

Las conclusiones señalan que la mayoría de estas muertes son evitables, y que su reducción está estrechamente relacionada con un mayor acceso y calidad en la atención durante el embarazo, promoviendo acciones de prevención, tratamiento y atención oportuna. Las fallas en el cuidado prenatal y neonatal explican, en parte, los casos de asfixia e hipoxia, resaltando la necesidad de mejorar la atención integral para la mujer durante el embarazo y el parto.

En Brasil, De Barros Canuto I.M., *et al.* (2019) desarrollaron el estudio “Aspectos intraurbanos de la mortalidad perinatal: modelo para la identificación de áreas prioritarias”, el estudio tiene como objetivo analizar la distribución espacial de la mortalidad perinatal en la ciudad de Recife, estado de Pernambuco, durante el período 2013-2015, así como su relación con indicadores socioeconómicos y su potencial de prevención. Para ello, se empleó un diseño ecológico, utilizando como unidad de análisis los barrios, con base en datos provenientes de los Sistemas de Información sobre Mortalidad y Nacidos Vivos, además del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Los resultados revelaron la existencia de desigualdades intraurbanas en la mortalidad perinatal entre los diferentes barrios, evidenciando que la segmentación del espacio urbano según el indicador de carencia social guarda una relación significativa con la ocurrencia de muertes perinatales evitables.

Por otro lado, Badillo González, J. (2020), en su estudio “Análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal”, se propuso examinar el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAS), desde la perspectiva del modelo computacional y representacional de la mente desarrollado por Thagard. Para ello, empleó un enfoque cualitativo que permitió explorar en profundidad las dinámicas y desafíos del

sistema de atención, se realizaron, a partir de agosto de 2017, diez entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y diez a mujeres gestantes. Los resultados revelan que, aunque los profesionales perciben ciertos cambios asociados a la implementación de las actividades de la RIAS, consideran que estas se asemejan en gran medida con las prácticas previamente establecidas. En cuanto a las gestantes, el proceso muestra que ellas no perciben mayores cambios en su atención. La investigación concluye que la implementación de la ruta materno perinatal no ha sido exitosa en cuanto a su reconocimiento y aceptación por parte de los actores involucrados.

Quiñonez Zúñiga, Y.A. (2020) en su estudio “Estrategia para la disminución de la mortalidad perinatal en el departamento del Cauca, 2010-2018, el estudio tiene como objetivo analizar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la mortalidad perinatal mediante un análisis de campo, con el fin de identificar las principales causas y condiciones que inciden en esta problemática. La investigación concluyó que, en Colombia, según el Instituto Nacional de Salud, en 2018 la tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía fue de 13 por cada 1 000 nacidos vivos, manteniéndose relativamente estable respecto a 2010, cuando fue de 14 por 1 000 (Profamilia, 2015). Sin embargo, en el departamento del Cauca, los datos son alarmantes. Puesto que, en 2015, la tasa alcanzó los 24 por 1 000 nacidos vivos, superando la cifra nacional y mostrando una tendencia al alza desde 2010. (Profamilia, 2015)

Por otro lado, Tesfalul *et al.* (2020) llevaron a cabo un estudio de casos y controles en un hospital del distrito de Tororo, Uganda, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal en un contexto de recursos limitados. A partir de los datos del registro de nacimientos, se definieron como casos los mortinatos ocurridos desde las 24 semanas de gestación, así como las muertes neonatales registradas dentro de los primeros 28 días de vida.

Los controles se seleccionaron como los partos inmediatamente anteriores y posteriores a cada caso identificado. La investigación concluyó que la tasa de mortalidad perinatal en dicho hospital superaba las metas nacionales, asociándose esta mortalidad con factores como prematuridad, bajo peso al nacer, presentación podálica, gestación múltiple y parto por cesárea. Estos hallazgos, junto con la metodología empleada para su obtención, ofrecen información valiosa que puede ser utilizada para diseñar estrategias específicas destinadas a reducir las tasas de mortinatos y muertes neonatales en entornos de bajos recursos.

Yadeta T.A., *et al.* (2020) en su estudio "Patrón espacial de la mortalidad perinatal y sus determinantes en Etiopía: datos de la encuesta demográfica y de salud de Etiopía 2016", propone como objetivo principal fue identificar los patrones espaciales y los determinantes de la mortalidad perinatal en Etiopía, utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud del país realizada en 2016 (EDHS). Los datos de esta encuesta abarcaron información de los cinco años anteriores al período de la encuesta, incluyendo un total de 7 230 mujeres.

La conclusión del estudio indica que la mortalidad perinatal está positivamente asociada con factores como la edad materna avanzada, residir en zonas rurales, antecedentes de interrupción del embarazo y el lugar de parto. Por otro lado, presenta una asociación negativa con variables como el nivel educativo de la pareja, mayor índice de riqueza, mayor intervalo entre nacimientos, ser mujer cabeza de familia y la continuidad en la atención prenatal (APN).

Por su parte, Rozo-Gutiérrez N., y Ávila-Mellizo G. (2021) en su estudio "Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal en Colombia, 2017 y 2018", los autores se propusieron describir el comportamiento de la mortalidad evitable durante los periodos perinatal y neonatal en el país, utilizando metodologías reconocidas en la literatura científica. La investigación adoptó un diseño descriptivo de corte transversal, basado en los casos

registrados de muertes perinatales y neonatales tardías en 2017 y 2018, a partir de las notificaciones individuales semanales al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Los resultados, obtenidos mediante la aplicación del proyecto europeo AMIEHS (*Amenable Mortality in the European Union: Towards Better Indicators for the Effectiveness of Health Systems*), revelaron que el 84,3% de las muertes en 2017 y el 83,9% en 2018 fueron consideradas evitables. En Colombia, la aplicación de esta metodología permitió identificar que el 84 % de las muertes notificadas eran potencialmente prevenibles, registrándose una tasa de 13,6 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad urgente de reforzar las estrategias que aborden los determinantes sociales de la salud, mediante intervenciones integrales centradas en la promoción, la prevención, la detección temprana y la atención oportuna.

Los estudios realizados en países como Colombia, Brasil, Etiopía, Uganda, Chile y otros, confirman la importancia de contar con sistemas de salud fortalecidos, enfocados en estrategias que promuevan una atención prenatal oportuna y de calidad, la captación temprana de gestantes y su empoderamiento a través del autocuidado, así como el seguimiento continuo de indicadores de salud como la mortalidad perinatal. Además, resaltan la necesidad de mejorar la atención en las instituciones mediante programas de calidad; fortalecer las competencias del personal que atiende a las embarazadas en todas sus fases; crear espacios y actividades de apoyo comunitario para promover el control prenatal oportuno; y, fortalecer la participación de la comunidad en la promoción de ambientes saludables. Todos estos estudios, que integran la muestra de esta revisión documental, destacan la importancia de la atención primaria; el control prenatal y proponen estrategias cuyo objetivo principal es reducir al mínimo la mortalidad perinatal.

2.3 Fundamento teórico

2.3.1 Teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”

El modelo de promoción de la salud desarrollado por Nola Pender plantea que las conductas saludables emergen de la interacción entre factores cognitivos y perceptuales del individuo, los cuales son influenciados por elementos personales, situacionales e interpersonales. Cuando existe una intención clara y una guía para actuar, estas condiciones favorecen la adopción de prácticas que promueven el bienestar. (Pender, Murdaugh, y Parsons, 2011)

Este enfoque teórico permite identificar constructos clave relacionados con el comportamiento saludable y facilita la integración de hallazgos empíricos, lo que contribuye al desarrollo de hipótesis comparables en investigaciones sobre salud pública. (Aristizábal-Hoyos *et al.*, 2011)

A lo largo del tiempo, el modelo ha sido perfeccionado para ampliar su capacidad explicativa sobre cómo diversos factores influyen en la modificación de conductas sanitarias, consolidándose como una herramienta útil en el diseño de intervenciones preventivas y educativas. (Plazas, 2025)

Metaparadigmas:

Salud: estado positivo y dinámico. Se enfoca en el bienestar, funcionabilidad y la calidad de vida de cada individuo.

Persona: es el individuo el centro de la teoría. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables que influyen en su conducta.

Entorno: se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales, las influencias externas sociales, culturales e interpersonales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas o patrones individuales para la salud.

Enfermería: el agente motivador que guía al individuo en la toma de decisiones responsables sobre su salud, fomentando el autocuidado a través de intervenciones educativas continuas.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender en el estudio sobre intervenciones prenatales desde la atención primaria.

La presente investigación, Intervenciones Prenatales desde la atención primaria para disminuir la mortalidad perinatal, requiere un marco teórico que integre la comprensión de los factores que motivan y sostienen conductas saludables durante el embarazo. Entre las diversas teorías de enfermería analizadas, el Modelo de Promoción de la Salud desarrollado por Nola J. Pender ofrece la estructura conceptual más coherente con el objetivo del estudio, al enfatizar la importancia de los factores cognitivos, motivacionales y contextuales en la adopción de prácticas que favorecen el bienestar materno fetal. (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015)

Este modelo plantea que las conductas promotoras de salud resultan de la interacción entre las características y experiencias personales, las creencias y percepciones sobre los beneficios y barreras, la autoeficacia, y la influencia del entorno social y situacional. De acuerdo con Pender, la persona no es un receptor pasivo de cuidados, sino un agente activo que decide planifica y ejecuta acciones para mejorar su salud (Pender *et al.*, 2015). Este planteamiento es particularmente relevante en el contexto del control prenatal, donde la adherencia de la gestante a las recomendaciones médicas, la asistencia periódica a consultas y la adopción de hábitos saludables dependen, en gran medida, de sus creencias, motivaciones y redes de apoyo.

En el contexto panameño, especialmente en regiones como Chiriquí, persisten barreras para la atención prenatal oportuna, tales como limitaciones geográficas, culturales y socioeconómicas (Chávez y Herrera, 2024). El modelo de Pender permite integrar estos determinantes contextuales dentro de un esquema que no solo reconoce los obstáculos, sino que

también propone estrategias para modificarlos a través de intervenciones educativas, fortalecimiento del apoyo social y adaptación cultural de las acciones de salud.

Uno de los aportes clave del modelo es su reconocimiento de los factores cognitivo perceptuales como determinantes del comportamiento. Estudios previos han demostrado que las percepciones de beneficio, la autoeficacia y la reducción de barreras percibidas están estrechamente asociadas con una mayor adherencia al control prenatal y con mejores desenlaces perinatales (Koh *et al.*, 2021; Olvera y Ramos Pastrana, 2024). En este sentido, las intervenciones comunitarias propuestas en la presente investigación (visitas domiciliarias, educación familiar y seguimiento continuo), se alinean con la propuesta de Pender, al buscar reforzar creencias positivas y generar un compromiso sostenido con la salud.

El modelo también enfatiza la influencia de los factores interpersonales, entendidos como el apoyo social y la influencia de personas significativas. En entornos donde la familia y la comunidad desempeñan un papel central en la toma de decisiones, la inclusión de la pareja, familiares y líderes comunitarios en las estrategias prenatales puede potenciar la efectividad de las intervenciones. Esta premisa se confirma en estudios latinoamericanos donde la participación familiar ha mejorado la captación temprana de gestantes y reducido la incidencia de complicaciones. (Juraci *et al.*, 2008; UNFPA, 2023)

Asimismo, los factores situacionales como la disponibilidad de servicios, los horarios de atención, el transporte y la adecuación cultural influyen en la capacidad de las mujeres para acceder al control prenatal. Pender reconoce que las condiciones del entorno pueden facilitar o dificultar la adopción de conductas saludables, y por ello el modelo propone que las intervenciones modifiquen, en la medida de lo posible, el entorno para reducir las barreras.

(Pender *et al.*, 2015) En el caso de este estudio, la articulación interinstitucional y el uso de recursos comunitarios responden directamente a este componente teórico.

Los constructos teóricos pueden alinearse con las categorías de análisis del estudio:

- Factores personales: edad, escolaridad, estado civil, ocupación.
- Experiencia previa: embarazos anteriores y asistencia a controles prenatales.
- Beneficios percibidos: creencias sobre la utilidad del control prenatal para prevenir complicaciones.
- Barreras percibidas: limitaciones económicas, geográficas y culturales.
- Apoyo interpersonal: participación familiar y comunitaria en el cuidado prenatal.
- Compromiso con un plan de acción: cumplimiento de citas y adherencia a indicaciones.
- Resultados esperados: indicadores de salud materno-perinatal.

La evidencia científica respalda la pertinencia de este modelo para intervenciones prenatales. Un metaanálisis realizado por Lee *et al.* (2020) demostró que las intervenciones basadas en el modelo de Pender mejoraron significativamente la autoeficacia y la adherencia a conductas saludables en mujeres embarazadas, entre ellas la asistencia a controles y la adopción de hábitos preventivos. Estos hallazgos son coherentes con la intención del estudio de identificar estrategias efectivas desde la atención primaria para reducir la mortalidad perinatal.

En términos prácticos, el modelo permitirá que las intervenciones se diseñen con un enfoque integral, abordando tanto los determinantes individuales como los comunitarios, y facilitando el desarrollo de mensajes y actividades adaptadas culturalmente. Esto no solo incrementa la probabilidad de éxito de las intervenciones, sino que también fortalece su sostenibilidad a largo plazo, aspecto fundamental en contextos de recursos limitados.

En síntesis, la elección del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender como marco teórico se justifica por su capacidad para:

Explicar la relación entre creencias, motivaciones y adopción de conductas saludables en el embarazo.

Integrar factores individuales, interpersonales y situacionales que afectan la salud materno-fetal.

Guiar el diseño de intervenciones culturalmente pertinentes y operativamente viables en atención primaria.

Contribuir al objetivo del estudio de disminuir la mortalidad perinatal mediante la promoción activa del autocuidado y la prevención.

De esta manera, el modelo de Pender no solo enriquece el análisis teórico del fenómeno, sino que también aporta herramientas prácticas para la implementación de intervenciones efectivas, alineadas con las metas nacionales e internacionales de salud materno-infantil.

2.4. Fundamento legal

El marco legal que sustenta esta investigación está conformado por un conjunto de leyes, decretos, normas y resoluciones vigentes que regulan la atención materno-infantil en los países considerados en la muestra. Estos instrumentos jurídicos garantizan el derecho a la salud reproductiva, el acceso a servicios prenatales de calidad y la protección integral del binomio madre-hijo, en concordancia con los principios de equidad, universalidad y dignidad humana.

Argentina

La Ley N.º 418 sobre *Salud Reproductiva y Procreación Responsable* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) establece como objetivo garantizar políticas públicas orientadas a la promoción de

la salud reproductiva y la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio. Entre sus objetivos generales destacan:

- Garantizar el acceso a información, métodos y servicios para el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos.
- Disminuir la morbilidad materna e infantil.
- Promover la participación activa de varones en el cuidado del embarazo y la paternidad responsable.

Brasil

La Constitución de la República Federativa de Brasil (1988, actualizada hasta 2023) reconoce en su Artículo 6 los derechos sociales, incluyendo la salud, la protección a la maternidad y la infancia. Asimismo, el Artículo 203 dispone que la asistencia social debe asegurar la protección integral de la familia, la maternidad, la infancia, la adolescencia y la vejez, sin exigir contribución previa al sistema de seguridad social.

Este marco constitucional respalda la implementación de políticas públicas orientadas a la atención prenatal, el fortalecimiento de la red primaria de salud y la promoción de la equidad en el acceso a servicios esenciales.

Chile

La Ley N.º 20.545, promulgada en 2011, modifica el Código del Trabajo y otros cuerpos legales para incorporar el *permiso postnatal parental*. Esta ley establece:

- Un descanso postnatal parental de 12 semanas a jornada completa o 18 semanas a media jornada.
- La posibilidad de traspasar parte del permiso al padre trabajador.
- La extensión del descanso en casos de partos múltiples o prematuros.
- La cobertura para trabajadoras independientes y cesantes, ampliando el acceso a subsidios maternales.

Complementariamente, el Código Sanitario chileno, en sus artículos 16 al 19, garantiza la protección estatal a la mujer embarazada y al niño hasta el sexto mes de vida, incluyendo atención gratuita para indigentes, vigilancia sanitaria, y el derecho exclusivo del hijo a la leche materna.

Colombia

La Constitución Política de Colombia establece en su Artículo 49 que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza el acceso universal a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, organizados de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria. Además, se establece que la atención básica será gratuita y de carácter obligatorio para toda la población, y que cada individuo tiene la responsabilidad de velar por el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

España

El marco legal sobre maternidad y paternidad ha evolucionado significativamente. Actualmente,

el Estatuto de los Trabajadores regula el permiso por nacimiento y cuidado del menor, equiparado para ambos progenitores. En 2024, se mantiene una duración de 16 semanas, con posibilidad de ampliación a 20 semanas, según la nueva Ley de Familias, aún en proceso de implementación. Esta ley también contempla permisos parentales retribuidos y medidas para favorecer la conciliación familiar. Además, normativas anteriores como la Ley 42/1994, el Real Decreto 1300/1995, y la Ley 4/1995 establecieron derechos relacionados con la cotización, el descanso por maternidad y el permiso paternal, sentando las bases para la protección social de la familia.

México

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su Artículo 61, reconoce la atención maternoinfantil como una prioridad nacional, abarcando la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. En complemento, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, actualizada como NOM-007-SSA2-2016, dispone los lineamientos y mecanismos que rigen la atención integral de la mujer durante el embarazo, labor de parto, puérpera y del recién nacido. Esta normativa promueve prácticas basadas en evidencia científica, atención con calidez humana y un enfoque preventivo, orientado a reducir los riesgos obstétricos y mejorar los resultados en salud materna y neonatal.

Panamá

La Constitución Política de la República de Panamá, en su Artículo 56, establece que el Estado tiene la responsabilidad de proteger el matrimonio, la maternidad y la familia, así como

de garantizar a los menores el acceso a la salud, la alimentación, la educación y la seguridad social.

El Código de la Familia, en su Artículo 699, dispone que el Estado debe ofrecer servicios médicos gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, parto y puerperio, así como subsidios alimentarios en caso de desempleo o desamparo.

Entre las leyes más relevantes se encuentran:

- Ley 66 de 1947: Organización del Ministerio de Salud y sus funciones en atención primaria.
- Ley 3 de 1994. Otorga licencia de maternidad y protección laboral.
- Ley 1 de 2001. Regula medicamentos y productos médicos usados en controles prenatales.
- Ley 4 de 1999: Derechos de salud sexual y reproductiva, incluyendo atención prenatal.
- Ley 1 de 2001: Medicamentos y productos para la salud humana, relevantes en controles prenatales.
- Ley 29 de 2002, garantiza el derecho de la adolescente embarazada a recibir atención integral en salud y a continuar su formación educativa, promoviendo su bienestar físico, emocional y social durante el embarazo y después del parto.
- Ley 14 de 2007, regula el aborto en casos que comprometen la vida de la madre, conforme al Código Penal.
- Ley 47 de 2007: Regulación del ejercicio médico, con normas para atención prenatal.

Los Decretos Ejecutivos complementan este marco:

- El Decreto Ejecutivo N.º 268 de 2001 establece la obligatoriedad de notificar todas las muertes maternas y perinatales en el sistema de salud.
- Por su parte, el Decreto Ejecutivo N.º 5 de 2006 garantiza la gratuidad de los servicios de maternidad en todos los establecimientos del Ministerio de Salud.
- Decreto Ejecutivo No. 1 de 2005. Establece la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).
- Resolución No. 1394 de 2011. Aprueba el modelo de atención integral materno-infantil.
- Decreto Ejecutivo No. 145 de 2011. Implementa el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Además, Panamá cuenta con normas técnicas y guías clínicas como:

- Norma Técnica de Atención Prenatal del MINSA (actualizada 2018)
- Define frecuencia de controles, pruebas obligatorias, y criterios de riesgo.
- *Normas Técnicas Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer* (MINSA, 2007).
- Guía de Atención Integral a la Mujer Embarazada (Caja de Seguro Social)
- Incluye atención psicológica, nutricional y seguimiento del embarazo.
- *Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal* (MINSA, 2007).
- *Guías de Manejo de Complicaciones en el Embarazo* (MINSA, 2009).
- *Plan Estratégico para la Reducción de la Morbimortalidad Materna y Perinatal* (MINSA, 2006–2009).

En el ámbito internacional, Panamá ha asumido compromisos como:

- *Iniciativa Mundial para la Maternidad Segura* (Nairobi, 1987).
- *Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna* (OPS, 1990).
- *Objetivo del Milenio N.º 5: Salud Materna*.
- *Declaración de Panamá: Una promesa renovada para las Américas* (2013).

Perú

El derecho a la salud sexual y reproductiva en Perú está respaldado por instrumentos internacionales y nacionales que reconocen su carácter inclusivo, integral y no discriminatorio. Este derecho abarca tanto la atención médica oportuna como los determinantes sociales, económicos y culturales que inciden en la salud.

Entre los principales instrumentos se destacan:

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU, 1948).
- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU, 1966).
- *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW, 1981).
- *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1990).
- *Protocolo de San Salvador* (OEA, 1988), ratificado por Perú, que reconoce el derecho a la salud, seguridad social, educación y protección maternoinfantil.

Estos compromisos han sido incorporados en el marco jurídico nacional, a través de resoluciones legislativas y planes estratégicos, como el Plan Nacional de Derechos Humanos 2018–2021, la

cual promueve la equidad de género, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, y la protección integral de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Uganda

La Constitución de la República de Uganda, promulgada en 1995 y enmendada hasta 2018, establece un marco robusto para la protección de los derechos de las mujeres, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la maternidad y la equidad de género. El Artículo 33, bajo el capítulo de derechos fundamentales, reconoce explícitamente la dignidad plena e igual de las mujeres frente a los hombres y establece obligaciones claras para el Estado:

- Artículo 33(1): las mujeres deben ser tratadas con igual dignidad que los hombres.
- Artículo 33(2): el Estado debe proporcionar instalaciones y oportunidades que promuevan el bienestar de las mujeres y les permitan alcanzar su máximo potencial.
- Artículo 33(3): se garantiza la protección de los derechos de las mujeres, reconociendo su condición única y funciones maternas naturales.
- Artículo 33(4): las mujeres tienen derecho a la igualdad de trato en los ámbitos político, económico y social.
- Artículo 33(5): se reconoce el derecho a la acción afirmativa para corregir desequilibrios históricos, culturales o tradicionales.
- Artículo 33(6): prohíben leyes, costumbres o tradiciones que atenten contra la dignidad, bienestar o intereses de las mujeres.

- Este marco constitucional se complementa con el Artículo 32, que establece medidas de acción afirmativa para grupos marginados, y con el Artículo 21, que prohíbe la discriminación por motivos de sexo, raza, religión, origen étnico o condición social.

Uganda también ha ratificado instrumentos internacionales clave como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), el Protocolo de Maputo, y la Declaración de Beijing, reafirmando su compromiso con la equidad de género y la salud materna.

2.5 Definición de términos básicos

2.5.1- Atención primaria en salud

La atención primaria en salud es el nivel básico de asistencia sanitaria, esencial y accesible para todos los individuos, familia y comunidad, orientado a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud con equidad y eficacia. Según Veltre Huerta *et al.*, (2023), la Atención Primaria de Salud (APS) constituye el nivel esencial de atención, accesible para todos los individuos y familias dentro de la comunidad. Su objetivo es garantizar el bienestar de las poblaciones mediante intervenciones equitativas y costo-efectivas, promoviendo el acceso universal con el menor gasto posible.

Estudios como los de Rojas Gualdrón y Caicedo (2020) y Yadeta *et al.* (2020) revelan que la distancia a centros de salud y las barreras geoespaciales son factores determinantes en el acceso oportuno a controles prenatales. Países como Colombia, Etiopía y Brasil muestran cómo la inaccesibilidad puede retrasar el diagnóstico de embarazos de alto riesgo, aumentando la vulnerabilidad de los desenlaces perinatales.

Tomando en cuenta las habilidades del Primer Nivel de Atención, donde se diagnostican, tratan y resuelven diversos problemas de salud sin necesidad de derivación a niveles superiores, la capacidad resolutive se convierte en un eje fundamental para la eficiencia del sistema sanitario. Esta se expresa mediante la aplicación de intervenciones de calidad, contextualizadas y culturalmente apropiadas. En este sentido, “la capacidad resolutive se caracteriza por atender las demandas biopsicosociales, integrar competencias profesionales como la comunicación y el trabajo en equipo, y promover la prevención y educación ciudadana” (Clèries Costa, Sarrado Soldevila, y López Vicente, 2007, p. 413), reafirmando el papel protagónico de la atención primaria en la respuesta integral a las necesidades de salud de las comunidades.

La capacidad resolutive del primer nivel de atención se ve comprometida por limitaciones institucionales, especialmente en infraestructura y disponibilidad de recursos humanos capacitados. Estudios como los de Miranda Mellado (2014) y Gomes da Silva *et al.* (2020) evidencian que, en contextos como el Sistema Único de Salud de Brasil, la carencia de equipamiento obstétrico básico restringe significativamente la respuesta primaria ante emergencias perinatales.

En paralelo, se han identificado avances en la articulación intersectorial y la continuidad del cuidado, aspectos claves para fortalecer la atención primaria. Investigaciones como las de Quiñónez Zúñiga (2019) y Badillo González (2021) han documentado la efectividad de estrategias como los comités interinstitucionales, las rutas integradas de atención y la vigilancia epidemiológica local. Esta coordinación entre actores territoriales ha contribuido a mejorar el monitoreo comunitario de gestantes y la comunicación entre los distintos niveles asistenciales.

En consecuencia, la atención primaria no solo funciona como puerta de entrada al sistema sanitario, sino que también debe consolidarse como eje estratégico en la prevención de riesgos perinatales. Para ello, se requiere un fortalecimiento sostenido en lo territorial, logístico y organizativo, que permita una respuesta más integral y eficaz ante las necesidades de salud materna en contextos vulnerables.

2.5.2. Control prenatal

El inicio oportuno del control prenatal y el número adecuado de controles son factores determinantes en la reducción de complicaciones neonatales. Investigaciones como las de Aguilar Barradas *et al.* (2005) y Ovalle *et al.* (2011) demuestran que los embarazos con controles tardíos presentan mayores tasas de partos prematuros, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal, lo cual evidencia la necesidad de una cobertura prenatal más amplia y equitativa.

Sin embargo, no solo la cobertura, sino también la calidad técnica y humana de la atención influye en los resultados perinatales. Karolinski *et al.* (2009) documentan en hospitales públicos de Argentina una baja adherencia a prácticas clínicas basadas en evidencia, caracterizada por un seguimiento fragmentado, la aplicación limitada de protocolos y deficiencias en la capacitación obstétrica del personal.

Ante este panorama, la educación familiar y las visitas domiciliarias emergen como estrategias efectivas para reforzar el control prenatal. Jurací *et al.* (2008) en Brasil y Tough *et al.* (2006) en Canadá evidencian que las visitas realizadas por profesionales de salud aumentan la adherencia a controles, fortalecen los vínculos con el sistema de salud y promueven la capacidad adaptativa de las familias gestantes, mejorando la experiencia del cuidado.

Asimismo, los factores de abandono al control prenatal deben ser abordados desde una perspectiva multidimensional. Munares-García (2013) y García-Balaguera (2017) identifican que el desinterés en la continuidad del seguimiento prenatal está asociado a condiciones de pobreza, desconocimiento de derechos maternos y barreras administrativas. Esto plantea la urgencia de intervenciones educativas, comunitarias e inclusivas que respondan a las realidades socioculturales de cada territorio.

En resumen, el control prenatal debe concebirse como una práctica continua, humanizada y contextualizada. Iniciativas centradas en el entorno familiar, el fortalecimiento del vínculo comunitario y la atención empática representan caminos viables para mejorar la cobertura y calidad de la atención gestacional.

Situación de los controles prenatales en Panamá y Chiriquí

De acuerdo con las Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer, actualizadas (2020) por el Ministerio de Salud de Panamá, se establece que toda gestante debe recibir un mínimo de cinco controles prenatales durante el embarazo. Estas normas también enfatizan la importancia de realizar una evaluación del riesgo obstétrico desde el primer trimestre, con el fin de identificar oportunamente condiciones que puedan comprometer la salud materna y fetal. Asimismo, se promueve el registro sistemático de cada gestante en el Sistema Informático Perinatal Electrónico (SIPE), lo cual permite un seguimiento clínico continuo y facilita la toma de decisiones, basada en datos. En regiones rurales e indígenas, se incorpora un enfoque intercultural que reconoce las prácticas tradicionales y busca mejorar la accesibilidad y pertinencia de los servicios de salud. (Ministerio de Salud de Panamá, 2023)

Tabla 1*Cobertura nacional y regional de atención prenatal (datos 2023)*

Región.	Cobertura prenatal (%)	Observaciones clave
Panamá (nacional)	96.5%	Alta cobertura general, aunque persisten desigualdades en comarcas indígenas.
Chiriquí	88.5%	Cobertura estable; brechas en zonas rurales y de difícil acceso.
Ngäbe Buglé	5.6%	Cobertura extremadamente baja; desafíos geográficos y socioculturales graves.
Bocas del Toro	77.0%	Cobertura moderada; se requiere fortalecimiento en distritos como Changuinola.

Nota: Información obtenida a través de las autoras, según MINSA 2023.

2.5.3 Mortalidad perinatal

Constituye un indicador sensible de las condiciones clínicas, sociales y estructurales que rodean el embarazo y el parto. Diversos estudios han identificado determinantes clave que permiten comprender su complejidad y orientar intervenciones efectivas desde la Atención Primaria en Salud (APS).

Mortalidad perinatal en Panamá y Chiriquí

La mortalidad perinatal se define como la ocurrencia de:

- Muerte fetal tardía: Aquella que sucede a partir de las 22 semanas de gestación o en fetos con un peso igual o superior a 500 gramos.
- Muerte neonatal temprana: Defunciones registradas entre los 0 y 6 días de vida extrauterina (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Según datos nacionales actualizados, el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) reporta las tasas vigentes de mortalidad perinatal en Panamá, evidenciando diferencias significativas entre regiones como Chiriquí y las comarcas indígenas. (INEC, 2023)

Tabla 2

Tasa de indicadores de mortalidad, según nacidos vivos 2023

Indicador	Valor nacional (2023)
Mortalidad fetal tardía	6.9 por 1 000 nacimientos
Mortalidad neonatal temprana	5.6 por 1 000 nacidos vivos
Mortalidad perinatal total	12.5 por 1 000 nacimientos

Nota: Información obtenida por las autoras a través del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2023).

Situación de la mortalidad perinatal en Chiriquí (2023)

Durante el año 2023, la provincia de Chiriquí registró una tasa estimada de mortalidad perinatal entre 11.8 y 13.2 por cada 1 000 nacimientos, cifra que se mantiene dentro del

promedio nacional. No obstante, se identificaron zonas de alta vulnerabilidad en los distritos de Renacimiento, San Lorenzo y Tierras Altas, donde los riesgos se intensifican debido a limitaciones en la infraestructura obstétrica y la disponibilidad de servicios especializados.

Estas condiciones estructurales se vinculan estrechamente con los determinantes clínicos identificados en la literatura científica. Investigaciones como las de Ticona *et al.* (2011) y Rincón Socha *et al.* (2016) señalan como principales causas de muerte perinatal la prematuridad extrema, la asfixia intraparto y la falta de asistencia obstétrica especializada. Estos eventos, en su mayoría prevenibles, evidencian la necesidad de fortalecer la atención primaria y establecer procesos de derivación oportunos, especialmente en regiones con alta vulnerabilidad sanitaria.

Por otra parte, dentro de los factores sociodemográficos y estructurales, podemos anotar los estudios de Bernal Cortés (2012) y Navarro-Pérez *et al.* (2016) que documentan la influencia de variables como la edad materna adolescente, el bajo nivel educativo y las condiciones de vulnerabilidad económica en la ocurrencia de muertes fetales y neonatales. Estos factores refuerzan la importancia de abordar la salud perinatal desde un enfoque intersectorial y territorial.

Es importante mencionar la carga de mortalidad evitable, como se establecen en los estudios a continuación:

Rozo-Gutiérrez y Ávila-Mellizo (2021) estiman que entre el 60 % y el 75 % de las muertes perinatales en Colombia podrían evitarse mediante controles prenatales adecuados. En Brasil, Gomes da Silva *et al.* (2020) reportan una reducción significativa de esta tasa en regiones donde se fortaleció el Primer Nivel de Atención.

Podemos interpretar lo siguiente: la mortalidad perinatal no responde únicamente a condiciones clínicas, sino a un entramado social, estructural y organizativo. Su reducción exige intervenciones contextualizadas, anticipativas y con participación activa de las comunidades.

La muestra documental quedó conformada por 26 artículos originales publicados entre 2005 y 2021, seleccionados por criterios de calidad metodológica, pertinencia temática y representatividad geográfica. Los estudios proceden de nueve países: Colombia, Brasil, México, Perú, Etiopía, Uganda, Argentina, Chile y Canadá.

Mediante análisis categorial, se sistematizaron tres ejes principales:

Atención Primaria en Salud (APS): diez estudios revelaron limitaciones en accesibilidad geográfica, escasa capacidad resolutive y débil articulación institucional.

Control Prenatal: doce estudios evidenciaron abandono gestacional, inicio tardío y beneficios derivados de intervenciones comunitarias como visitas domiciliarias y educación familiar.

Mortalidad perinatal: catorce estudios documentaron causas clínicas como la prematuridad, la asfixia perinatal y patologías neonatales prevenibles, junto con factores sociales como pobreza, edad materna y bajo nivel educativo.

Los hallazgos de esta revisión se alinean con las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Banco Mundial, que reconocen que más de dos millones de muertes perinatales anuales son prevenibles mediante intervenciones sencillas, efectivas y culturalmente adaptadas. (UNICEF et al., 2020)

Revisiones sistemáticas como la de Bhutta *et al.* (2014) destacan la efectividad de las visitas prenatales domiciliarias, el empoderamiento familiar y el acompañamiento continuo en la disminución de riesgos perinatales. Estas estrategias se reflejan en estudios realizados en Canadá (Tough *et al.*, 2006), Brasil (Jurací *et al.*, 2008) y Colombia (Quiñónez Z., 2019), cuyos resultados coinciden en una mejora significativa de los indicadores perinatales cuando se incorpora la atención comunitaria desde el primer nivel.

Asimismo, informes recientes de la OMS (2022) sobre salud materna señalan que los países que han invertido en modelos de atención integral desde la APS presentan menores tasas de morbilidad y mortalidad neonatal. Esto corrobora la necesidad de adoptar políticas públicas centradas en el binomio madre-hijo, basadas en la adaptación local del cuidado prenatal.

La Salud Pública es una disciplina que, mediante políticas integrales, busca preservar y promover el bienestar del individuo, la familia y la comunidad. A través de programas de promoción, prevención y atención, se establecen metas orientadas a mejorar las condiciones de vida y reducir los riesgos sanitarios en poblaciones vulnerables. (World Health Organization [WHO], 2024)

Según, González y Crespo (2014), la Salud Pública se define como la ciencia que protege y mejora la salud de las comunidades mediante la educación, la promoción de estilos de vida saludables y la investigación orientada hacia la prevención de enfermedades y lesiones. En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) se establece como el primer nivel de interacción entre la comunidad y el sistema sanitario, desempeñando un papel fundamental en la aplicación de estrategias de control prenatal orientadas a disminuir la mortalidad perinatal.

La APS surgió como estrategia global hace más de tres décadas, tras evidenciarse que gran parte de la población mundial no tenía acceso a servicios de salud adecuados (De la Peña León, 2014, p. 34). Desde entonces, los gobiernos han desarrollado múltiples iniciativas para garantizar servicios asequibles y equitativos, especialmente en el ámbito materno-infantil.

Con el avance de la tecnología y el fortalecimiento de los sistemas de salud, se han generado nuevas expectativas en torno a la atención prenatal. Sin embargo, en muchos países, las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal continúan siendo elevadas, lo que evidencia

la necesidad de reforzar las intervenciones desde el Primer Nivel de Atención. (Howard, 2020; WHO, 2024)

Actualmente, el control prenatal se entiende como un conjunto de acciones sistemáticas realizadas por profesionales de salud, dirigidas a mujeres embarazadas con el objetivo de preservar su bienestar y aumentar las probabilidades de un desenlace materno-fetal favorable (De la Peña León, 2014, p. 84). Estas acciones incluyen la identificación de factores de riesgo, el seguimiento clínico, la educación sanitaria y la articulación con servicios especializados cuando se detectan complicaciones.

Estudios recientes han reafirmado que el control prenatal desempeña un papel crucial en la promoción de la salud materno-fetal, permitiendo detectar y abordar de manera temprana condiciones que podrían derivar en desenlaces adversos (Ortiz Ramos et al., 2024). Además, la OMS ha actualizado sus recomendaciones para fortalecer la atención prenatal, promoviendo un enfoque centrado en la experiencia positiva del embarazo y en la equidad en el acceso a servicios esenciales. (WHO, 2024)

CAPÍTULO III

MARCO DE ASPECTO METODOLÓGICO

3 Marco de aspecto metodológicos

Este capítulo describe las acciones metodológicas que orientan el desarrollo del estudio en función de los objetivos planteados. Se detalla el enfoque, tipo y diseño de la investigación, así como la definición de las unidades y categorías de análisis. Asimismo, se especifica el procedimiento general que guía el estudio, las fuentes utilizadas para la obtención de datos, y las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de la información.

El procesamiento y tratamiento de los datos se realiza conforme a las etapas propuestas por Henao y Willes (2001), lo que permite una sistematización rigurosa del análisis. Finalmente, se expone el método de análisis de la información, asegurando coherencia, trazabilidad y validez científica en cada fase del proceso investigativo.

3.1 Enfoque epistemológico de la investigación

Reconoce que el conocimiento no es absoluto ni universal, sino construido socialmente a partir de la interacción entre sujetos, contextos y significados. En el ámbito de la salud pública y la atención primaria, permite comprender cómo las prácticas prenatales se configuran, según realidades culturales, institucionales y comunitarias.

- El constructivismo crítico permite analizar cómo las intervenciones prenatales se diseñan, adaptan y aplican en función de las necesidades locales, reconociendo la diversidad de saberes y experiencias.
- El paradigma interpretativo se alinea con la revisión cualitativa, ya que busca comprender fenómenos desde la perspectiva de los actores sociales, en este caso, mujeres gestantes, profesionales de salud y comunidades.

3.2 Tipo de estudio

3.2.1 Tipo de estudio según su enfoque

Esta investigación se enmarca dentro del enfoque cualitativo documental, ya que se fundamenta en el análisis sistemático de fuentes secundarias, específicamente artículos científicos originales que abordan la atención prenatal desde la atención primaria en salud. El enfoque cualitativo permite interpretar significados, patrones y relaciones entre variables no cuantificables, especialmente en contextos sociales y sanitarios complejos. (Gullion, 2024)

3.2.2 Tipo de estudio según el diseño

En cuanto al diseño metodológico, se trata de una revisión documental de carácter teórico, sustentada en una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados entre 2006 y 2021 en los idiomas español, inglés y portugués. La selección se realizó mediante criterios de inclusión y exclusión definidos, utilizando bases de datos como PubMed, SciELO, Redalyc, Latindex, Elsevier y La Referencia. Para la organización y sistematización de la información se empleó el gestor bibliográfico Zotero, y se aplicaron descriptores DeCS y MeSH relacionados con atención primaria, control prenatal y mortalidad perinatal, utilizando operadores booleanos AND y OR para establecer relaciones lógicas entre conceptos. (JBI, 2024)

Este diseño permite triangular evidencia desde distintas regiones, enfoques y metodologías, fortaleciendo la validez interna y la aplicabilidad contextual de los hallazgos.

3.2.3 Tipo de estudio según el alcance

En cuanto al alcance, el estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, retrospectivo, de revisión documental no sistemática dado que busca identificar, caracterizar y sistematizar estrategias prenatales que han demostrado impacto en la reducción de la mortalidad perinatal. Este tipo de alcance es pertinente cuando se pretende comprender fenómenos poco estudiados o contextualizar hallazgos previos en nuevas realidades. (Ikram *et al.*, 2024)

3.3 Justificación

La reducción de la mortalidad perinatal constituye una de las metas prioritarias en salud pública global, y Panamá no es la excepción. Estudiar las causas de estos desenlaces adversos y su relación con el cumplimiento del control prenatal es fundamental para evaluar la eficacia de las estrategias vigentes y proponer mejoras que garanticen resultados más favorables.

Según el informe conjunto *Una tragedia descuidada: la carga mundial de mortinatos*, elaborado por UNICEF, OMS, Banco Mundial y ONU (2020), más de dos millones de fetos mueren anualmente antes de nacer, lo que equivale a una muerte fetal cada 16 segundos. El estudio indica que muchas de estas muertes pudieron evitarse si las gestantes hubiesen recibido atención prenatal de calidad y asistencia profesional adecuada durante el parto. (UNICEF *et al.*, 2020, p. 3)

El impacto de la muerte perinatal va más allá de la pérdida biológica: afecta profundamente la estabilidad emocional de la madre, la estructura familiar, la comunidad y los sistemas de salud. Por ello, este estudio reviste gran relevancia, pues busca identificar estrategias efectivas implementadas desde el primer nivel de atención y la atención primaria, que permitan prevenir este tipo de desenlaces. Mediante una revisión documental, se analizará cómo el control prenatal oportuno contribuye a identificar factores de riesgo tanto maternos como fetales, según

la etapa gestacional, facilitando una intervención especializada que favorezca un desenlace saludable del embarazo. Además, lograr una adherencia sostenida al control prenatal exige un enfoque multidisciplinario, donde el equipo de salud, la gestante, su familia y la comunidad se involucren activamente. Esta corresponsabilidad fortalece el autocuidado, mejora el acceso y optimiza los resultados perinatales, disminuyendo la morbimortalidad en este binomio.

Desde el punto de vista técnico, esta investigación beneficia a los profesionales de la salud para diseñar estrategias de intervención adaptadas a escenarios locales, considerando determinantes sociales, culturales y geográficos que inciden en el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención. Fortalecen el empoderamiento de las mujeres y sus familias, favoreciendo la toma de decisiones informadas y la demanda de servicios oportunos.

Importancia

La reducción de la mortalidad perinatal constituye una prioridad estratégica en salud pública global, especialmente en países como Panamá, donde persisten brechas en el acceso oportuno y equitativo a servicios obstétricos especializados. Estudiar las causas de estas muertes y su relación con el cumplimiento del control prenatal permite evaluar la efectividad de las acciones implementadas y diseñar estrategias más precisas para mejorar los resultados maternos y neonatales.

La muerte perinatal no solo representa la pérdida de una vida en formación, sino que genera un impacto emocional, social y económico profundo en la madre, la familia, la comunidad y los sistemas de salud. Esta problemática exige respuestas integrales que trasciendan lo clínico y se inserten en enfoques preventivos y comunitarios.

Fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) se plantea como una estrategia fundamental, al implementar intervenciones oportunas, integrales y culturalmente pertinentes.

Desde este nivel es posible: detectar tempranamente factores de riesgo durante el embarazo, promover el acompañamiento de la gestante y su entorno y facilitar el acceso a servicios esenciales en zonas vulnerables.

Las evaluaciones periódicas durante el embarazo permiten detectar factores de riesgo maternos y fetales según la edad gestacional, lo que facilita intervenciones oportunas desde las distintas especialidades de la ginecoobstetricia. Estas acciones promueven una terminación satisfactoria del embarazo y el bienestar del binomio madre-hijo. (WHO Technical Advisory Group, 2024)

Asimismo, lograr la adherencia al control prenatal requiere un plan de trabajo que involucre una responsabilidad compartida entre el equipo multidisciplinario de salud, la madre, su familia y la comunidad. Este enfoque colaborativo busca empoderar a todos los actores con un objetivo común: garantizar una finalización segura del embarazo y reducir de manera significativa la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Karp *et al.*, 2024; Olea-Ramírez *et al.*, 2024)

Este estudio aporta insumos valiosos para el diseño de respuestas locales que incidan directamente en la disminución de la mortalidad perinatal, promoviendo sistemas de salud más equitativos, sensibles y centrados en la vida.

3.4 Diseño de la investigación

Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), en un estudio no experimental no se manipulan deliberadamente las variables; el investigador observa fenómenos tal como ocurren en su contexto natural, sin intervenir en su desarrollo. En función del carácter teórico de esta investigación, el diseño adoptado es documental, de tipo no experimental, con un nivel analítico e interpretativo crítico. Este diseño incluye momentos de descripción e interpretación, privilegiando el análisis de la multiplicidad de significados y perspectivas. Como

señala Castillo (2017), “se privilegia el análisis en la multiplicidad de los significados e interpretaciones” (p. 21), lo que implica una lectura dialógica del texto, abierta a diversas concepciones y puntos de vista, orientada a la construcción de conocimiento.

3.5 Definición de las unidades y categorías de análisis

En el enfoque cualitativo, las unidades de análisis corresponden a los elementos o sujetos de observación seleccionados intencionalmente por el investigador, los cuales se convierten en objetos de codificación y categorización dentro de los registros construidos para el análisis. Estas unidades no son estáticas, sino que emergen del proceso sistemático de revisión, guiado por los objetivos del estudio y las particularidades del fenómeno investigado. (Castillo, 2017; Bernal Torres, 2020)

Respecto a las categorías de análisis, se entienden como agrupaciones conceptuales amplias que permiten organizar y dar sentido al problema de investigación, tal como ha sido definido y delimitado en el marco teórico. Estas categorías se descomponen en tópicos específicos, conformados por unidades textuales que reflejan los significados atribuidos por los autores revisados. (Castillo, 2017, p. 44; Rebolledo Carreño, 2025)

Dado el carácter documental y teórico de esta investigación, la selección de fuentes se realizó de manera estructurada y anticipada, siguiendo criterios definidos previamente. En este sentido, el análisis se orientó por categorías establecidas a priori, lo que implica que el investigador determinó de antemano los elementos clave que deseaba explorar dentro del problema planteado. Este enfoque contribuye a fortalecer la rigurosidad metodológica, facilita la interpretación coherente de los hallazgos y mejora la validez interna del estudio. (Castillo, 2017, p. 39; Echeverría, 2005)

En coherencia con los objetivos formulados, se presentan a continuación las categorías (significados centrales), subcategorías temáticas y unidades de análisis que estructuran el proceso interpretativo.

3.5.1 Categoría de análisis

Las categorías de análisis constituyen una estrategia metodológica fundamental para la descripción, interpretación y sistematización de fenómenos complejos en investigación cualitativa. En este estudio, las unidades de análisis delimitan el desarrollo del cuerpo teórico, articulando los conceptos clave con los objetivos específicos relacionados con la atención primaria, el control prenatal y las estrategias para reducir la mortalidad perinatal.

Estas categorías emergen del estado del arte y del marco teórico, y permiten definir qué conceptos serán utilizados para explicar el objeto de estudio. Se estructuran en subcategorías e indicadores que orientan la recolección, organización y análisis de la información. Además, delimitan los alcances y límites de la investigación, asegurando la coherencia entre el problema planteado y el enfoque metodológico adoptado. (Rivas-Tovar, 2015; Rueda Sánchez *et al.*, 2023)

En el presente estudio, las categorías de análisis se construyen a partir de la revisión crítica de literatura especializada en salud materna y perinatal, y se organizan en función de los siguientes ejes temáticos:

- Acceso y cobertura en atención primaria
- Calidad del control prenatal
- Factores de riesgo perinatal
- Intervenciones comunitarias y políticas públicas
- Indicadores de impacto en mortalidad perinatal

Estas categorías serán operacionalizadas mediante matrices temáticas y codificación analítica, siguiendo los principios del análisis cualitativo por categorías a priori (Rueda Sánchez *et al.*, 2023).

3.6 Procedimiento para la tabulación y análisis de datos

Una vez definido el problema de investigación y establecidos los objetivos específicos, se procedió a la construcción del marco teórico mediante una búsqueda exhaustiva con bases en datos científicas como Scopus, PubMed, SciELO y Web of Science. Esta búsqueda se centró en estudios relacionados con atención primaria, control prenatal y estrategias para la reducción de la mortalidad perinatal, utilizando operadores booleanos y filtros temáticos para garantizar la pertinencia de las fuentes. (Codina, 2025)

La recolección documental se organizó en fases:

1. **Selección de fuentes** según criterios de inclusión previamente definidos, priorizando artículos originales publicados entre 2012 y 2022, con calidad metodológica aceptable.
2. **Clasificación temática** de los documentos en función de variables como país, tipo de estudio, enfoque teórico y tópicos centrales.
3. **Registro bibliográfico** en la biblioteca virtual Zotero, con etiquetas y carpetas que facilitaron la gestión automatizada de citas y referencias en estilo APA (7ª edición).
4. **Sistematización de datos** mediante una matriz de categorías, en la que se codificaron los hallazgos relevantes por subcategorías analíticas.

5. **Análisis crítico** de cada fuente elegible, articulando los contenidos con los objetivos específicos del estudio. Esta fase incluyó reflexiones interpretativas orientadas por el enfoque hermenéutico y el análisis temático. (Martínez-Corona *et al.*, 2023)

El procedimiento de tabulación se realizó de forma matricial, permitiendo identificar patrones, vacíos de conocimiento y relaciones entre variables. Esta estrategia metodológica favoreció la triangulación de datos y la construcción de inferencias teóricas sólidas.

Tabla 3

Categorías de análisis del estudio

Categoría de análisis	Significado
Atención primaria de salud	Parte esencial del sistema sanitario que actúa como puerta de entrada a los servicios de salud. Está orientada a la prevención, la promoción y el diagnóstico temprano, siendo clave para implementar intervenciones prenatales eficaces. (Zurro & Jodar Solà, 2011, p.3)
Intervenciones prenatales	Conjunto de acciones clínicas y educativas realizadas durante el embarazo para promover la salud materna y fetal. Incluye controles periódicos, tamizajes, consejería y seguimiento continuo con enfoque preventivo.
Impacto del control prenatal	Efectos observables que genera el control prenatal en la salud perinatal, medido por la reducción de riesgos, mejora en la detección oportuna de complicaciones, y disminución de morbilidad. (PUBMED https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/)

Estrategias para disminuir la mortalidad perinatal	Acciones planificadas, normativas y comunitarias dirigidas a reducir la ocurrencia de muertes perinatales. Incluyen protocolos clínicos, capacitación del personal, atención diferenciada y participación social. (PUBMED https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/)
Mortalidad perinatal	Defunción del feto o neonato entre las 22 semanas de gestación y los primeros siete días de vida. Es un indicador crítico de calidad en atención prenatal y condiciones estructurales del sistema. (PUBMED https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/)
Educación en salud y participación comunitaria	Actividades informativas y participativas destinadas a empoderar a las mujeres y comunidades en torno a la salud reproductiva, el reconocimiento de signos de alarma y la promoción de prácticas saludables.
Factores de riesgo perinatal	Condiciones biológicas, sociales o estructurales que aumentan la probabilidad de resultados adversos durante el embarazo, el parto o el período neonatal temprano.

Nota: Información realizada por las autoras.

Tabla 4*Categorías/ subcategorías/unidades de Análisis*

Categoría	Subcategoría	Indicador / Unidad de análisis
Atención primaria y control prenatal	Control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> - Número de controles prenatales recibidos - Accesibilidad a servicios prenatales - Factores socioeconómicos - Nivel educativo de la gestante
	Cobertura y oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de inicio del primer control prenatal. - Frecuencia de controles por trimestre.
Impacto del Control Prenatal	Protocolos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de guías técnicas (NOM/OPS/OMS) - Identificación de factores de riesgo
	Educación en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones educativas impartidas - Conocimiento sobre autocuidado durante el embarazo
	Capacitación del personal	<ul style="list-style-type: none"> - Número de capacitaciones recibidas por el personal de salud - Uso de guías de orientación personalizada
	Empoderamiento materno	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a materiales educativos (manuales, fichas, trípticos) - Participación activa en decisiones relacionadas con su

		embarazo
Estrategias para disminuir la mortalidad perinatal	Intervenciones comunitarias	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de visitas domiciliarias - Grupos de apoyo activos - Programa de Incentivos para Control Prenatal
	Acompañamiento psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> - Curso psicoprofiláctico - Actividades sociales con gestantes
	Articulación institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación entre niveles de atención - Referencia oportuna de casos de riesgo
Mortalidad perinatal	Desenlace gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Número de muertes perinatales - Causas asociadas según registros clínicos - Edad gestacional en el momento del desenlace
	Vigilancia epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Registro oficial de casos - Reporte según clasificación internacional (OPS/OMS)

Nota: Información realizada por las autoras.

3.7 El aporte del proyecto

Dentro del proyecto existen diferentes enfoques que se describen a continuación, los mismos serán de relevancia para el desarrollo del mismo.

- **Pertinencia**

- La investigación aborda una problemática urgente en salud pública: la mortalidad perinatal como indicador sensible del acceso, calidad y equidad en los servicios maternoinfantiles.
- Contribuye al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3) en Panamá y América Latina, especialmente en territorios vulnerables como zonas rurales e indígenas.

- **Validez científica**

- Sustenta sus hallazgos en artículos originales seleccionados mediante criterios de calidad (STROBE, CASPe), respaldados por fuentes indexadas como PubMed, SciELO y Elsevier.
- Integra conceptos clave de atención primaria, control prenatal y vigilancia comunitaria, alineados con guías OMS y literatura revisada por pares. (Karp *et al.*, 2024; WHO TAG, 2024)

- **Aplicabilidad contextual**

- Ofrece evidencia relevante para regiones con sistemas fragmentados, como Chiriquí (Panamá), Amazonas (Brasil) y zonas rurales de Colombia.

- Sugiere estrategias prenatales adaptadas cultural y territorialmente, como visitas domiciliarias, educación familiar y vigilancia desde la comunidad.
- **Factibilidad operativa**
 - Recomienda intervenciones de bajo costo y alta eficacia, sostenibles desde el primer nivel de atención con equipos multidisciplinarios.
 - Propone acciones replicables con recursos locales: capacitación de promotores, guías clínicas simplificadas y circuitos de remisión oportunos.
- **Posibilidad de generalización**
 - Sistematiza estudios de América Latina, África y Norteamérica, lo que permite comparar y extrapolar resultados entre contextos similares.
 - Identifica patrones convergentes entre distintos países que validan estrategias comunitarias como herramienta común en reducción de la mortalidad perinatal.
- **Originalidad metodológica**
 - Aplica una triangulación teórica, geográfica y metodológica que enriquece el análisis documental y permite validar hallazgos.
 - Construye matrices visuales, tablas comparativas e infografías que facilitan la accesibilidad de los resultados para investigadores, clínicos y decisores de políticas.

3.8 Fuentes de información

La presente investigación se fundamenta en una revisión documental teórica de carácter descriptivo, realizada entre los meses de diciembre de 2021 y marzo de 2022. El proceso de búsqueda se centró en artículos científicos originales, indexados en bases de datos especializadas en ciencias de la salud, con un rango temporal de publicación de 15 años (2006–2021). Las bases consultadas incluyeron: PubMed, Google Scholar, SciELO, La Referencia, Redalyc y Latindex.

Para optimizar la recuperación de información, se emplearon descriptores en salud (DeCS) como: “atención primaria”, “control prenatal”, “mortalidad perinatal”, “promoción de la salud”, “servicios de salud reproductiva”, “prevención de enfermedades”, “factores de riesgo”, “visitas domiciliarias”, “salud materna e infantil” y “programas de salud comunitaria”. Asimismo, se utilizaron términos controlados del Medical Subject Headings (MeSH) como: “Prenatal Care”, “Perinatal Mortality”, “Primary Health Care”, “Preventive Health Services”, “Maternal Health Services”, “Home Visits”, “Risk Reduction Behavior”, “Community Health Services”, “Patient Education as Topic” y “Health Promotion”.

La estrategia de búsqueda se estructuró mediante el uso de operadores booleanos, aplicando AND para establecer intersecciones entre conceptos y obtener resultados más específicos, y OR para ampliar la búsqueda incluyendo sinónimos o términos relacionados. Este enfoque permitió recuperar documentos relevantes que abordaban al menos uno de los conceptos clave definidos para la investigación. Para la organización, clasificación y gestión de las referencias seleccionadas, se utilizó el gestor bibliográfico Zotero, lo que facilitó la sistematización de la información. Como señala Ryan (2023), el uso estratégico de operadores booleanos permite optimizar la recuperación de información relevante en procesos de investigación académica.

3.9 Población y muestra

3.9.1 Población

La población de estudio está conformada por artículos científicos originales que abordan la atención prenatal desde el enfoque de atención primaria, como estrategia para reducir la mortalidad perinatal. Estos fueron seleccionados conforme a criterios de inclusión previamente establecidos, en concordancia con los objetivos del estudio, considerando investigaciones publicadas entre 2006 y 2021.

Según Hernández *et al.* (2014), la población en investigación se refiere al “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones”. En este caso, se incluyeron estudios de enfoque cuantitativo, que utilizaran datos estadísticos para analizar intervenciones prenatales en contextos nacionales e internacionales.

La población final quedó conformada por 33 artículos científicos, seleccionados por su pertinencia temática, tipo de estudio, calidad metodológica y coincidencia con los descriptores utilizados. Aquellos documentos que no formaron parte de la muestra principal fueron utilizados como referencias complementarias para la construcción del marco teórico.

3.9.2 Muestra

La muestra se define como el subconjunto representativo de la población del cual se recolectan los datos, en función de criterios previamente establecidos. (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p. 206)

Para esta investigación documental, se aplicó una estrategia de depuración estructurada que incluyó:

- Lectura inicial de títulos y resúmenes, para preseleccionar los artículos potencialmente relevantes.
- Evaluación crítica mediante el instrumento CASPe – Critical Appraisal Skills Programme adaptado al español, con el objetivo de verificar que los documentos cumplieran criterios de inclusión temáticos, metodológicos y de actualidad científica. (CASPe, 2023)
- Valoración metodológica a través del estándar STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), lo que permitió excluir aquellos estudios con puntuación débil y asegurar la solidez científica de la muestra. (von Elm *et al.*, 2007)

La muestra final quedó conformada por veintiséis (26) artículos originales de investigación, seleccionados entre publicaciones realizadas en el periodo 2006–2021, provenientes de diversas regiones, incluyendo América Latina, África y Europa. Todos los estudios analizan intervenciones desde la atención primaria con relación en el control prenatal como estrategia para la disminución de la mortalidad perinatal.

Estos artículos fueron sistematizados y organizados en el cuadro presentado anteriormente, clasificando la evidencia según autor, país, tipo de estudio, y grado de relación con el control prenatal (ver Tabla de artículos científicos revisados). Su selección responde directamente a los objetivos específicos de la investigación, permitiendo construir una base robusta de evidencia empírica y contextual.

Tabla 5*Artículos científicos seleccionados/muestra*

Título del estudio	Autor	País	Año	Objetivo general	Tipo de estudio	Resultados más relacionados con el estudio	Categorías	Subcategorías
Mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un hospital de ginecoobstetricia: Revisión de 35 años	Hernández-Herrera, R. J., <i>et al.</i>	México	2009	Analizar la mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un hospital durante 35 años.	Observacional retrospectivo	Reducción gradual de mortalidad, con persistencia de causas evitables.	Mortalidad perinatal	Tendencias históricas, causas prevenibles
Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina	Karolinski, A., <i>et al.</i>	Argentina	2009	Evaluar prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en hospitales públicos.	Observacional transversal	Baja adherencia a prácticas basadas en evidencia, necesidad de capacitación.	Atención perinatal	Calidad asistencial, evidencia científica
Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal	Catalán Álvarez, V. del R.	Colombia	2010	Determinar factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal.	Observacional transversal	Mayor riesgo en zonas rurales con baja cobertura sanitaria.	Mortalidad perinatal	Accesibilidad geográfica, servicios de salud
Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica	Herrera, J. A.	Iberoamérica	2013	Analizar la relación entre atención primaria y mortalidad materno-infantil.	Revisión documental	Atención primaria sólida reduce mortalidad.	Mortalidad perinatal	Atención primaria, salud pública
Control prenatal vs. resultado obstétrico perinatal	Rico Venegas, R. M., <i>et al.</i>	México	2012	Comparar resultados perinatales según control prenatal	Observacional transversal	Mayor control prenatal se asocia con	Control prenatal	Cobertura, calidad del control

Título del estudio	Autor	País	Año	Objetivo general	Tipo de estudio	Resultados más relacionados con el estudio	Categorías	Subcategorías
				recibido.		mejores resultados perinatales.		
Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile	Ovalle, A., <i>et al.</i>	Chile	2012	Evaluar mortalidad perinatal en partos prematuros de 22–34 semanas.	Observacional retrospectivo	Alta mortalidad en menores de 28 semanas.	Mortalidad perinatal	Prematuridad, edad gestacional
Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel	Castañeda-Casale, G., <i>et al.</i>	México	2010	Describir mortalidad perinatal en hospital de segundo nivel.	Observacional retrospectivo	Principales causas: asfixia y prematuridad.	Mortalidad perinatal	Asfixia, prematuridad
Resultados materno-perinatales en la consulta de alto riesgo, SES Hospital de Caldas, 2009–2011	Vélez Arango, J. E., <i>et al.</i>	Colombia	2013	Evaluar resultados materno-perinatales en consulta de alto riesgo.	Observacional descriptivo	Mayor sobrevivencia con seguimiento especializado.	Atención de alto riesgo	Control especializado, resultados perinatales
Mortalidad perinatal no municipio de Salvador, Bahia, Brasil: evolución de 2000 a 2009	Jacinto, E., <i>et al.</i>	Brasil	2013	Analizar evolución de mortalidad perinatal en Salvador.	Observacional retrospectivo	Disminución global, persistencia en grupos vulnerables.	Mortalidad perinatal	Tendencia temporal, vulnerabilidad social
Caracterización de la mortalidad perinatal en Manizales, Colombia, 2009–2012	Bernal Cortés, D. P., y Cardona Rivas, D.	Colombia	2014	Caracterizar mortalidad perinatal en Manizales.	Observacional descriptivo	Alta mortalidad en madres jóvenes y sin control prenatal.	Mortalidad perinatal	Edad materna, control prenatal
Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del	Munares-García, O.	Perú	2013	Identificar factores asociados al abandono del control prenatal.	Observacional transversal	Bajo nivel educativo, distancia al hospital y falta	Control prenatal	Factores socioeconómicos, accesibilidad

Título del estudio	Autor	País	Año	Objetivo general	Tipo de estudio	Resultados más relacionados con el estudio	Categorías	Subcategorías
Ministerio de Salud, Perú						de apoyo familiar.		
Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia	Marrugo-Arnedo, C. A., <i>et al.</i>	Colombia	2015	Analizar determinantes del acceso a atención prenatal.	Observacional transversal	Educación, afiliación a seguridad social y zona de residencia determinan acceso.	Control prenatal	Determinantes sociales, cobertura
Mortalidad perinatal y neonatal temprana en la Clínica Universitaria Colombia: análisis de las cohortes 2012 y 2013	Villalba Toquica, C. P., y Martínez Silva, P. A.	Colombia	2015	Determinar causas de mortalidad perinatal y neonatal temprana.	Observacional retrospectivo	Asfixia perinatal y sepsis neonatal principales causas.	Mortalidad perinatal	Asfixia, sepsis
Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia	Flores Navarro-Pérez, C., <i>et al.</i>	Colombia	2015	Analizar relación entre factores sociodemográficos, control prenatal y mortalidad.	Observacional transversal	Mortalidad asociada a control prenatal insuficiente y bajo nivel educativo.	Mortalidad perinatal	Control prenatal, factores socioeconómicos
Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia)	Miranda Mellado, C.	Colombia	2016	Evaluar factores de capacidad en uso de control prenatal adecuado.	Observacional transversal	Mayor uso en mujeres con transporte y servicios de salud.	Control prenatal	Accesibilidad, recursos disponibles
Factores de necesidad asociados al uso	Miranda Mellado, C.,	Colombia	2016	Identificar factores de necesidad en uso	Observacional transversal	Alta asociación con	Control prenatal	Necesidad percibida,

Título del estudio	Autor	País	Año	Objetivo general	Tipo de estudio	Resultados más relacionados con el estudio	Categorías	Subcategorías
adecuado del control prenatal	y Castillo Ávila, I. Y.			del control prenatal.		comorbilidades maternas.		morbilidad materna
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal	García-Balaguera, C.	Colombia	2017	Analizar barreras de acceso y calidad en el control prenatal.	Cualitativo	Barreras: falta de transporte, costos, deficiencia en atención.	Control prenatal	Barreras de acceso, calidad asistencial
Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Mayor Méderi, 2010–2011	Rincón Socha, P. I., <i>et al.</i>	Colombia	2017	Identificar factores de riesgo asociados a asfixia perinatal.	Casos y controles	Control prenatal deficiente, complicaciones obstétricas.	Mortalidad perinatal	Asfixia, control prenatal
Accesibilidad geográfica al cuidado obstétrico y neonatal y su efecto en la mortalidad neonatal temprana en Colombia, 2012–2014	Rojas-Gualdrón, D. F., y Caicedo-Velásquez, B.	Colombia	2017	Analizar accesibilidad geográfica y mortalidad neonatal temprana.	Ecológico	Mortalidad mayor en zonas con baja cobertura.	Mortalidad perinatal	Accesibilidad geográfica, cobertura
Perinatal deaths preventable by intervention of the Unified Health System in Brazil	Rêgo, M. G. S., <i>et al.</i>	Brasil	2018	Estimar muertes perinatales prevenibles mediante intervención del sistema de salud.	Observacional retrospectivo	Alta proporción prevenible con intervenciones oportunas.	Mortalidad perinatal	Prevención, intervenciones de salud
Intraurban differentials of perinatal mortality: Modeling for	Canuto, I. M. de B., <i>et al.</i>	Brasil	2019	Identificar áreas prioritarias para reducir mortalidad perinatal urbana.	Ecológico	Mortalidad concentrada en zonas desfavorecidas.	Mortalidad perinatal	Desigualdades urbanas, planificación

Título del estudio	Autor	País	Año	Objetivo general	Tipo de estudio	Resultados más relacionados con el estudio	Categorías	Subcategorías
identification of priority areas								
Análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal	Badillo González, J. J.	Colombia	2018	Analizar rutas de atención integral materno-perinatal.	Cualitativo	Deficiencias en articulación entre niveles de atención.	Atención materno-perinatal	Coordinación, calidad asistencial
Identifying risk factors for perinatal death at Tororo District Hospital, Uganda: A case-control study	Tesfalul, M. A., <i>et al.</i>	Uganda	2020	Identificar factores de riesgo de muerte perinatal en hospital distrital.	Casos y controles	Factores: partos prolongados, complicaciones intrapartos.	Mortalidad perinatal	Factores obstétricos, atención intraparto
Spatial pattern of perinatal mortality and its determinants in Ethiopia	Yadeta, T. A., <i>et al.</i>	Etiopía	2020	Analizar patrón espacial de mortalidad perinatal y sus determinantes.	Ecológico	Alta mortalidad en zonas rurales con baja cobertura.	Mortalidad perinatal	Desigualdad geográfica, acceso a salud
Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018	Rozo-Gutiérrez, N., y Ávila-Mellizo, G.	Colombia	2021	Determinar mortalidad perinatal y neonatal evitable.	Observacional descriptivo	Alta proporción de muertes prevenibles con mejoras asistenciales.	Mortalidad perinatal	Prevención, calidad asistencial
Factors associated with perinatal mortality among public health deliveries in Addis Ababa, Ethiopia	Getiye, Y., y Fantahun, M.	Etiopía	2017	Identificar factores asociados con mortalidad perinatal en partos públicos.	Casos y controles	Mortalidad asociada a partos prolongados y falta de control prenatal.	Mortalidad perinatal	Atención intraparto, control prenatal

Nota: Información realizada por las autoras, según revisión bibliográfica.

Como parte del proceso de revisión documental, se identificaron y clasificaron los estudios que cumplían con los criterios de inclusión definidos previamente. Estos estudios provenían de diversas regiones geográficas, lo que permitió construir un mapa referencial de localización que ilustra los contextos territoriales abordados por las investigaciones seleccionadas.

La representación geográfica de los lugares incluidos en el análisis contribuye a contextualizar los hallazgos dentro de las realidades socioculturales y sanitarias de cada territorio. Además, permite identificar zonas con mayor producción científica en torno a la salud materna y perinatal, así como aquellas regiones donde se evidencian vacíos de investigación. Esta perspectiva espacial resulta clave para orientar futuras intervenciones y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia, especialmente en áreas vulnerables o con alta carga de morbimortalidad.

Figura 2

Mapa de países representados, según artículos revisados 2006-2021.



Nota: Elaborada por las autoras, con tecnología de Bing. 2021.

Leyenda de colores del mapa

Color	Significado propuesto
Azul oscuro	Países con alta frecuencia de artículos revisados (múltiples publicaciones relevantes).
Azul medio	Países con frecuencia moderada en la revisión (2–4 artículos significativos).
Azul claro	Países con presencia mínima (1 artículo citado o mención puntual).
Gris o blanco	Países no incluidos en los artículos revisados o sin información científica recuperada.

Tabla 6*Países, según artículos investigados*

PAÍS	No DE ARTÍCULOS
Colombia	10
Brasil	4
México	3
Perú	2
Etiopia	2
Argentina	1
Chile	1
Uganda	1

Nota: Información realizada por las autoras, según revisión bibliográfica.

3.10 Criterios de inclusión o exclusión

La selección de fuentes documentales se llevó a cabo mediante criterios definidos que garantizan la pertinencia temática y el rigor metodológico. Estos criterios se aplicaron tras una lectura inicial y un análisis crítico, utilizando herramientas validadas como CASPe (acrónimo de Critical Appraisal Skills Programme Español) y STROBE (acrónimo de Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

3.10.1 Criterios de inclusión

- Artículos originales de investigación publicados en revistas científicas arbitradas entre 2006 y 2021.
- Estudios que aborden explícitamente las variables de interés en el título, los objetivos y el resumen.
- Fuentes disponibles en español, inglés, portugués o italiano, que permitan comprensión contextual adecuada.
- Documentos con calidad metodológica aceptable, según las listas de chequeo estructuradas aplicadas (von Elm *et al.*, 2007; Sanderson *et al.*, 2007).

3.10.2 Criterios de exclusión

- Artículos de revisión sistemática, ya que su estructura metodológica no se ajusta al enfoque primario buscado. (Arksey & O'Malley, 2005; Munn *et al.*, 2018)
- Publicaciones que no presentan las variables clave en el título, los objetivos ni el resumen, lo que dificulta su inclusión temática. (Liberati *et al.*, 2009)

- Estudios que obtuvieron puntuación débil en la evaluación metodológica mediante herramientas como CASPe y STROBE, comprometiendo su validez científica. (Sanderson *et al.*, 2007)

Estos criterios fueron fundamentales para asegurar una base de evidencia sólida, pertinente y científicamente confiable en el proceso de sistematización documental.

Tabla 7

Criterios y características del estudio

Criterios	Características
Tipo de estudio	Observacional, descriptivo
Tipos de indicadores o tópicos	Atención primaria, atención prenatal, estrategias, mortalidad perinatal
Criterio geográfico	Internacional
Criterio de temporalidad	2006 a 2021
Criterio lingüístico	Idioma español, inglés, portugués
Criterio del documento	Artículos originales, indexados en la base de datos electrónica

Nota: Información realizada por las autoras.

Esta tabla permite observar cómo los 26 estudios aportan desde diversas regiones, metodologías y temporalidades al entendimiento del control prenatal y su relación con los desenlaces perinatales.

3.11 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Las técnicas de recolección de información constituyen procedimientos sistemáticos que permiten obtener datos pertinentes y confiables para responder a los objetivos de investigación. Su selección depende del enfoque metodológico, el tipo de estudio y las variables en análisis. Estas técnicas se operacionalizan mediante instrumentos específicos que aseguran la validez y la rigurosidad del proceso investigativo. (Mujica-Sequera, 2025; QuestionPro, 2025)

Tabla 8

Técnicas para la recolección de la información

Nº	Criterio	Técnica documental	Instrumento empleado	Aplicación descriptiva
1	Búsqueda bibliográfica	Revisión narrativa no sistemática	Ficha de preselección por título y resumen.	Lectura inicial de título y resumen para identificar pertinencia temática.
2	Selección crítica	Evaluación metodológica (CASPe, STROBE)	Matriz de lectura crítica + Lista de chequeo estructurada.	Aplicación de criterios de inclusión y exclusión con base en la calidad metodológica.

3	Organización de fuentes	Clasificación temática	Ficha de análisis documental.	Agrupación de estudios por enfoque teórico, tipo de investigación, país y tópicos clave.
4	Sistematización de datos	Matricial por categorías relevantes	Tabla de sistematización (ver modelo anterior).	Identificación de patrones, variables y hallazgos recurrentes.
5	Gestión bibliográfica	Administración electrónica de fuentes	Zotero + estilo APA (7ª ed.).	Registro automatizado de citas y referencias conforme a normas APA.
6	Validación lingüística	Revisión idiomática	Ficha de idioma y criterios de comprensión contextual.	Traducción o adaptación de fuentes en inglés, portugués e italiano.

Nota: Información realizada por las autoras.

En el marco metodológico de esta investigación, se emplea la técnica de observación documental, entendida como un procedimiento sistemático para la obtención de datos a partir de fuentes escritas y no escritas, susceptibles de ser analizadas con fines científicos. Esta técnica permite identificar, registrar y analizar información relevante mediante la lectura crítica de documentos, garantizando la rigurosidad en la selección y sistematización de contenidos. (Hernández-Sampieri y Mendoza-Torres, 2018)

La observación documental se desarrolla en varias fases:

- Lectura exploratoria de los textos para identificar hechos, conceptos y argumentos clave.
- Presentación resumida de los contenidos mediante fichas temáticas.
- Resumen analítico, que sintetiza los aportes centrales de cada fuente.
- Análisis crítico, orientado a valorar la coherencia, pertinencia y calidad metodológica de los documentos revisados. (Martínez-Corona, Palacios-Almón y Oliva-Garza, 2023)

Este enfoque permite extraer datos bibliográficos útiles, identificar patrones argumentativos y construir una base sólida para el análisis temático. La técnica se aplica de forma progresiva, iniciando con una lectura general y avanzando hacia revisiones más profundas que revelan los planteamientos esenciales y la lógica interna de cada fuente. (Balestrini, 2006)

3.12 Instrumentos para recolección de datos

Como instrumento principal se utilizará una matriz de análisis categorial, diseñada para organizar y sintetizar la información extraída de los artículos científicos incluidos en la muestra. Esta matriz estará compuesta por los siguientes elementos:

- Problema abordado
- Tipo de estudio
- País de origen
- Año de publicación
- Objetivos del estudio
- Metodología empleada

- Principales resultados

La matriz permitirá realizar comparaciones entre estudios, identificar patrones comunes y establecer relaciones entre las variables analizadas. Este procedimiento facilitará la formulación de conclusiones y la construcción del marco de resultados.

3.12.1 Tratamiento de la información

Para la recolección de la información, se tuvieron en cuenta las etapas descritas por Henao y Willes (2001) para los estudios documentales.

Interpretación profunda del contenido

La interpretación en investigación cualitativa implica ir más allá de la lectura superficial de los textos, buscando comprender los significados implícitos en los datos. En este estudio, la revisión de documentos permitió identificar la muerte perinatales como un indicador crítico de la vulneración de derechos humanos en salud. Barreras como el acceso limitado, la inequidad y la desigualdad estructural fueron recurrentes en los hallazgos, lo que permitió contextualizar los resultados y vincularlos con los objetivos del estudio.

Compilación sistemática de evidencias

El proceso metodológico inició con una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas como PubMed, Scielo, Redalyc y Elsevier, priorizando artículos que abordaran el derecho a la salud y la accesibilidad en contextos maternos. Esta etapa permitió reunir una base sólida de evidencias que sustentan el análisis posterior.

Revisión y análisis categorial

Una vez seleccionados los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, se procedió al análisis individual de cada uno. Se identificaron 26 estudios relevantes, los cuales fueron organizados en matrices que incluían categorías como barreras de acceso, aspectos culturales, marcos legales y determinantes sociales.

Reflexión orientada a la acción crítica

Cada artículo fue examinado considerando su título, año, autoría, país, objetivo, metodología, categorías y resultados. Esta reflexión crítica permitió identificar elementos clave que contribuyen al eje central del estudio: las intervenciones prenatales desde la atención primaria como estrategia para reducir la mortalidad perinatal.

Naturalización de los objetos de estudio

Se realizó un análisis transversal de los artículos seleccionados, identificando patrones y códigos repetitivos como el acceso limitado a servicios, barreras culturales y fundamentos médico-legales. Esta etapa permitió cuestionar la naturalización de ciertas condiciones estructurales que afectan la salud materna, reconociéndolas como construcciones sociales que deben ser transformadas.

3.13 Aspectos éticos

Durante la fase preliminar del análisis documental, se garantizó el cumplimiento de los principios éticos de la investigación científica. Los artículos seleccionados provienen de fuentes reconocidas y de acceso público, como Redalyc, SciELO, La Referencia y otras

revistas indexadas, respetando los derechos de autor mediante la correcta citación de cada fuente consultada.

Para asegurar la calidad metodológica y evitar sesgos, se aplicó el instrumento STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) como criterio de elegibilidad, sin realizar ningún tipo de manipulación sobre los contenidos originales (von Elm *et al.*, 2007).

La investigación fue autofinanciada por las autoras, quienes asumen la responsabilidad sobre la información recolectada y declaran que los datos analizados no han sido publicados previamente. Asimismo, se afirma que no existen conflictos de intereses; y, que el estudio se desarrolló conforme a los principios éticos internacionales de la investigación documental, tales como la transparencia, la integridad académica y el respeto por la propiedad intelectual. (MillionBooks.org, 2024; IMAFF Awards, 2024)

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4. Análisis e interpretación de resultados

4.1 Presentación de resultados

La exposición del análisis de las distintas fuentes se realizará siguiendo las etapas del estado del arte. Para ello, se emplearán matrices estructuradas que permitan organizar y sistematizar la información contenida en cada investigación revisada. Estas matrices no solo facilitan la comparación entre estudios, sino que también contribuyen al análisis crítico, la identificación de objetivos clave y la detección de elementos relevantes que enriquecen la discusión. Asimismo, constituyen una base sólida para la formulación de recomendaciones y la elaboración de conclusiones fundamentadas.

Durante el proceso de análisis se consideraron las etapas previamente descritas del estado del arte, específicamente:

- Etapa 3: comprensión de los fenómenos
- Etapa 4: reflexión orientada a la acción crítica
- Etapa 5: tratamiento de los objetos de estudio

Para cada estudio revisado, se diseñaron matrices que permitieron organizar los siguientes elementos clave: Título del estudio, autor(es), objetivo general, metodología empleada, categorías de análisis, códigos recurrentes, citas textuales vinculadas a las categorías y códigos identificados. Para detalle de cada investigación se puede ver las tablas del 9 a 12. Al concluir el análisis de cada matriz, se elaboró un diagrama integrador que representa los artículos revisados, destacando las categorías más frecuentes y los códigos

repetitivos. Esta triangulación permitió centrar los hallazgos y facilitar la interpretación crítica de los resultados obtenidos.

INTERVENCIONES PRENATALES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL

Objetivo: Identificar la influencia que tiene la atención primaria en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales.

Tabla 9

Identificación de la influencia de la atención primaria en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales desde un enfoque analítico

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos (ejemplos)	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
Atención primaria y mortalidad maternoinfantil en Iberoamérica	Herrera, J. A. (2013)	Analizar la asociación entre la presencia/acciones de médicos de familia en APS y los indicadores de mortalidad maternoinfantil en 11 países.	Estudio descriptivo multicountry con análisis estadístico centralizado.	Atención primaria: equipos de APS; continuidad. Cobertura: disponibilidad de MF. Control prenatal: puerta de entrada al sistema.	Herrera, J. A. (2013) “ Los médicos de familia, como líderes de los equipos de atención primaria de salud, han demostrado ser rentables para reducir la mortalidad infantil ”. (ResearchGate)
Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia	Marrugo-Arnedo, C. A., <i>et al.</i> (2015)	Estimar y analizar determinantes individuales y contextuales del uso de controles prenatales .	Observacional transversal, análisis de determinantes.	Cobertura: afiliación; control prenatal: número de controles; atención primaria: uso de servicios de primer nivel.	“Marrugo-Arnedo, C. A., <i>et al.</i> (2015). La riqueza, la educación y la edad de la madre, la afiliación... tienen impacto sobre el uso de los servicios de atención prenatal .” (Dialnet)

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos (ejemplos)	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal	García-Balaguera, C. (2017)	Describir barreras de acceso y calidad en el control prenatal en un departamento de Colombia.	Observacional (mixto), análisis de acceso y calidad.	Control prenatal: oportunidad, calidad. Cobertura: inscripción vs. uso efectivo. Atención primaria: respuesta resolutive.	“García-Balaguera, C. (2017). El control prenatal (CPN) es una estrategia de costo eficaz en la prevención de mortalidad y morbilidad materna y perinatal.” (ResearchGate, Redalyc.org)
Factores asociados al abandono al control prenatal	Munares-García, O. (2013)	Identificar factores asociados al abandono del control prenatal en hospital público (Perú).	Observacional transversal; revisión de historias y encuesta.	Control prenatal: adherencia/abandono. Cobertura: costos indirectos. Atención primaria: apoyo familiar/comunitario.	Munares-García, O. (2013). “Al no contar con adecuados recursos , la carga familiar hace que se desestime los controles. ” (Redalyc.org)
Control prenatal vs. resultado obstétrico perinatal	Rico Venegas, R. M.; Ramos Frausto, V. M.; Martínez, P. C. (2012)	Conocer el impacto del control prenatal sobre resultados obstétricos y perinatales.	Revisión/analítico (síntesis de evidencia).	Control prenatal: adecuación. Cobertura: oportunidad. Atención primaria: organización del parto/continuidad.	Rico Venegas, R. M.; Ramos Frausto, V. M.; Martínez, P. C. (2012). “La cobertura del control prenatal, calidad, y atención del parto se refleja en la morbi-mortalidad del binomio madre-hijo.” (SciELO España, Redalyc.org)
Accesibilidad geográfica al cuidado	Rojas-Gualdrón, D. F.;	Analizar la accesibilidad geográfica y su efecto	Ecológico; análisis espacial.	Cobertura: distancia/tiempos. Atención primaria: oferta territorial.	Rojas-Gualdrón, D. F.; Caicedo-Velásquez, B. (2017). “La accesibilidad

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos (ejemplos)	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
obstétrico y neonatal... Colombia 2012-2014	Caicedo-Velásquez, B. (2017)	en la mortalidad neonatal temprana.		Control prenatal: acceso efectivo.	geográfica al cuidado obstétrico y neonatal se asocia con la mortalidad neonatal temprana. " (revistas.unab.edu.co)
Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal	Catalán Álvarez, V. del R. (2010)	Describir barreras de accesibilidad relacionadas con la muerte perinatal.	Observacional descriptivo; análisis comparativo de barreras.	Cobertura: barreras geográficas/económicas. Control prenatal: oportunidad/continuidad. Atención primaria: pertinencia cultural.	Catalán Álvarez, V. del R. (2010). " Barreras geográficas, económicas y de información limitan el acceso oportuno y se asocian con peores desenlaces perinatales." (Revistas UDES)

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos (ejemplos)	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
Atención primaria y mortalidad maternoinfantil en Iberoamérica	Herrera, J. A. (2013)	Analizar la asociación entre la presencia/acciones de médicos de familia en APS y los indicadores de mortalidad maternoinfantil en 11 países.	Estudio descriptivo multicountry con análisis estadístico centralizado.	Atención primaria: equipos de APS; continuidad. Cobertura: disponibilidad de MF. Control prenatal: puerta de entrada al sistema.	Herrera, J. A. (2013). “ Los médicos de familia, como líderes de los equipos de atención primaria de salud, han demostrado ser rentables para reducir la mortalidad infantil ”. (ResearchGate)
Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia	Marrugo-Arnedo, C. A., <i>et al.</i> (2015)	Estimar y analizar determinantes individuales y contextuales del uso de controles prenatales .	Observacional transversal, análisis de determinantes.	Cobertura: afiliación. Control prenatal: número de controles. Atención primaria: uso de servicios de primer nivel.	Marrugo-Arnedo, C. A., <i>et al.</i> (2015). “ La riqueza, la educación y la edad de la madre, la afiliación... tienen impacto sobre el uso de los servicios de atención prenatal .” (Dialnet)
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal	García-Balaguera, C. (2017)	Describir barreras de acceso y calidad en el control prenatal en un departamento de Colombia.	Observacional (mixto), análisis de acceso y calidad.	Control prenatal: oportunidad, calidad. Cobertura: inscripción vs. uso efectivo. Atención primaria: respuesta resolutive.	García-Balaguera, C. (2017). “ El control prenatal (CPN) es una estrategia de costo eficaz en la prevención de mortalidad y morbilidad materna y perinatal.” (ResearchGate , Redalyc.org)
Factores asociados al abandono al control prenatal	Munares-García, O. (2013)	Identificar factores asociados al abandono del control prenatal en hospital público (Perú).	Observacional transversal; revisión de historias y encuesta.	Control prenatal: adherencia/abandono. Cobertura: costos indirectos. Atención primaria: apoyo familiar/comunitario.	“Munares-García, O. (2013). Al no contar con adecuados recursos, la carga familiar hace que se desestime los controles .” (Redalyc.org)

Control prenatal vs. resultado obstétrico perinatal	Rico Venegas, R. M.; Ramos Frausto, V. M.; Martínez, P. C. (2012)	Conocer el impacto del control prenatal sobre resultados obstétricos y perinatales.	Revisión/analítico (síntesis de evidencia).	Control prenatal: adecuación. Cobertura: oportunidad. Atención primaria: organización del parto/continuidad.	Rico Venegas, R. M.; Ramos Frausto, V. M.; Martínez, P. C. (2012). “La cobertura del control prenatal, calidad, y atención del parto se refleja en la morbi-mortalidad del binomio madre-hijo.” (SciELO España, Redalyc.org)
Accesibilidad geográfica al cuidado obstétrico y neonatal... Colombia 2012-2014	Rojas-Gualdrón, D. F.; Caicedo-Velásquez, B. (2017)	Analizar la accesibilidad geográfica y su efecto en la mortalidad neonatal temprana.	Ecológico; análisis espacial.	Cobertura: distancia/tiempos. Atención primaria: oferta territorial. Control prenatal: acceso efectivo.	Rojas-Gualdrón, D. F.; Caicedo-Velásquez, B. (2017). “La accesibilidad geográfica al cuidado obstétrico y neonatal se asocia con la mortalidad neonatal temprana. ” (revistas.unab.edu.co)
Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal	Catalán Álvarez, V. del R. (2010)	Describir barreras de accesibilidad relacionadas con la muerte perinatal.	Observacional descriptivo; análisis comparativo de barreras.	Cobertura: barreras geográficas/económicas. Control prenatal: oportunidad/continuidad. Atención primaria: pertinencia cultural.	Catalán Álvarez, V. del R. (2010). “ Barreras geográficas, económicas y de información limitan el acceso oportuno y se asocian con peores desenlaces perinatales.” (Revistas UDES)

Nota: Información realizada por las autoras, según revisión bibliográfica de artículos científicos.

La interpretación de los hallazgos, realizada a partir de la triangulación entre el objetivo específico, identificar la influencia de la atención primaria en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales, y las categorías extraídas de los artículos analizados, se desarrolló siguiendo las tres fases interpretativas propuestas por Henao y Willes (2001).

En la fase de revisión y análisis de la información, se evidenció que la Atención Primaria de Salud (APS) constituye un elemento clave para garantizar el acceso y la calidad del control prenatal. Los estudios revisados coinciden en que la APS, al ser el primer nivel de contacto con el sistema sanitario, facilita la captación temprana de gestantes, promueve la adherencia a los controles y asegura un seguimiento continuo a lo largo del embarazo. Asimismo, se identificó que la cobertura de los controles prenatales no puede limitarse a un indicador cuantitativo, sino que debe evaluarse en términos de oportunidad, integralidad y pertinencia cultural. Las investigaciones resaltan que factores como la distancia a los centros de salud, la disponibilidad de transporte, la situación económica y las barreras administrativas influyen de manera significativa en la asistencia y continuidad de los controles. Este análisis muestra una relación directa entre el fortalecimiento de la APS y la reducción de muertes perinatales, en especial cuando se asegura la continuidad del seguimiento desde la captación hasta el parto.

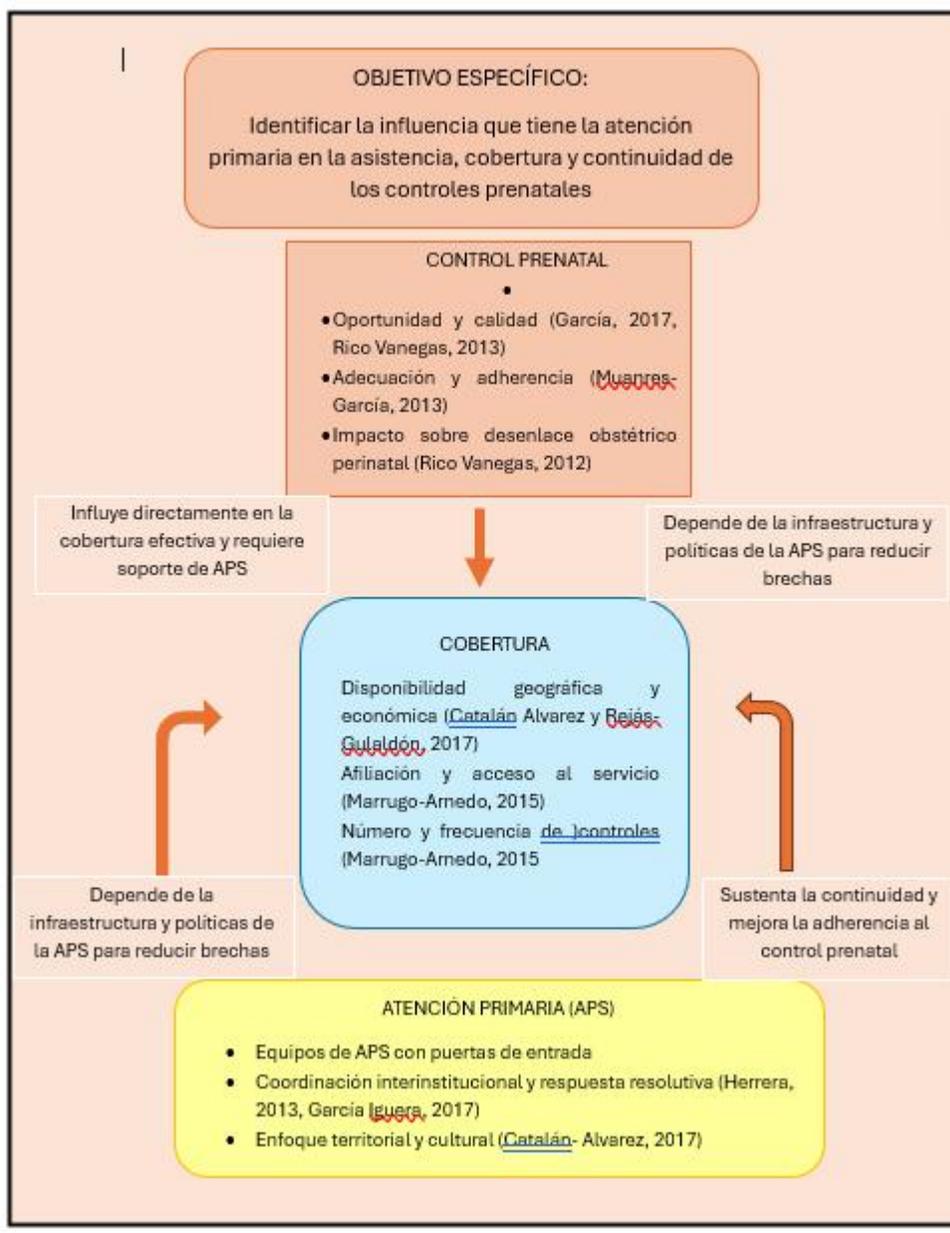
En la fase de reflexión para la acción crítica, el análisis permitió identificar que, para mejorar la asistencia y cobertura del control prenatal, es necesario fortalecer la organización de la APS mediante estrategias integradas. Esto incluye conformar equipos de salud familiar que asuman el control prenatal como un proceso sistemático, aplicar protocolos clínicos basados en evidencia, reducir los tiempos de espera y simplificar los trámites administrativos. También se plantea la importancia de implementar mecanismos eficaces de referencia y contrarreferencia, de manera que la continuidad no se interrumpa al pasar de un nivel de

atención a otro. Además, se considera prioritario abordar las barreras socioeconómicas y geográficas a través de acciones intersectoriales, como el transporte sanitario y la coordinación con autoridades locales, así como desarrollar intervenciones con pertinencia cultural para comunidades específicas. Estas acciones buscan transformar la cobertura nominal en cobertura efectiva, garantizando no solo el acceso, sino también la calidad y la oportunidad del servicio.

En la fase de naturalización de los objetos de estudio, el conocimiento generado se incorpora como referente habitual para la planificación y gestión en salud materno-perinatal. Esto implica reconocer que la atención primaria, la cobertura y el control prenatal son dimensiones interdependientes que deben abordarse de manera articulada en las políticas y programas sanitarios. Asimismo, las categorías identificadas se convierten en indicadores de monitoreo rutinario dentro de los sistemas de información, permitiendo evaluar de manera constante la calidad y la continuidad de los servicios. La naturalización de estos hallazgos supone también integrarlos en la formación de los profesionales de salud, de forma que comprendan la relación entre una APS fortalecida, la calidad del control prenatal y la reducción de la mortalidad perinatal. De esta manera, el control prenatal se asume no como un evento aislado, sino como un servicio esencial, universal y continuo que debe garantizarse sin barreras ni interrupciones, consolidando una cultura de seguimiento proactivo en el primer nivel de atención.

Figura 3

Controles prenatales y coberturas desde un enfoque analítico.



Nota: Figura diseñada por las autoras, según datos obtenidos de la tabla 9. influencia de la atención primaria, en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales desde un enfoque analítico.

El diagrama de triangulación presentado refleja la integración de tres ejes de análisis: intervenciones comunitarias, acompañamiento y articulación institucional, vinculados con las categorías derivadas de los estudios revisados sobre mortalidad perinatal. Cada eje se conecta mediante la vigilancia epidemiológica y el desenlace gestacional, que actúan como elementos centrales para evaluar el impacto de las acciones prenatales en los indicadores perinatales.

Desde la perspectiva metodológica, el esquema permite observar cómo la información proveniente de diferentes fuentes y enfoques converge para ofrecer una visión holística del problema. Las interacciones entre categorías permiten identificar patrones repetitivos y relaciones causales, lo que facilita la generación de conclusiones más sólidas y aplicables en la práctica.

En conjunto, este modelo visual respalda la toma de decisiones basadas en evidencia y orienta la implementación de estrategias coordinadas, maximizando la cobertura y calidad de la atención prenatal para reducir la mortalidad perinatal.

INTERVENCIONES PRENATALES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL

Objetivo: determinar el impacto de las intervenciones prenatales en los indicadores de mortalidad perinatal, según estudios documentados en diferentes contextos.

Tabla 10

Estudios documentales de diferentes regiones internacionales, relacionados con intervenciones prenatales y la mortalidad perinatal

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
Mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un hospital de ginecoobstetricia: Revisión de 35 años	Hernández-Herrera <i>et al.</i> (2009)	Analizar la evolución de la mortalidad fetal, neonatal y perinatal en 35 años en un hospital de ginecoobstetricia	Estudio descriptivo retrospectivo	Protocolo clínico: seguimiento estandarizado de casos.	Hernández-Herrera <i>et al.</i> (2009) “La aplicación sistemática de protocolos permitió disminuir la mortalidad perinatal en un 18% en la última década.”
Prácticas de atención materna y perinatal basadas en evidencia en hospitales públicos de Argentina	Karolinski <i>et al.</i> (2009)	Evaluar la implementación de prácticas materno-perinatales basadas en evidencia en hospitales públicos	Estudio transversal	Capacitación y educación: actualización del personal.	Karolinski <i>et al.</i> (2009) “La capacitación continua del equipo de salud mejoró la adherencia a guías clínicas y redujo complicaciones neonatales.”
Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal	Catalán Álvarez (2010)	Determinar factores de accesibilidad asociados a muerte perinatal	Estudio descriptivo	Empoderamiento: participación activa de gestantes.	Catalán Álvarez (2010) “La educación a las madres en signos de alarma incrementó la

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
					demanda temprana de atención.”
Control prenatal vs. resultado obstétrico perinatal	Rico Venegas <i>et al.</i> (2012)	Comparar la relación entre control prenatal y resultados perinatales	Estudio retrospectivo	Protocolo clínico / Capacitación: control periódico y seguimiento.	Rico Venegas <i>et al.</i> (2012) “El cumplimiento de un esquema mínimo de controles redujo la mortalidad perinatal en un 12%.”
Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas	Ovalle <i>et al.</i> (2012)	Analizar la mortalidad perinatal en partos prematuros	Estudio descriptivo analítico	Protocolo clínico: manejo especializado del prematuro.	Ovalle <i>et al.</i> (2012) “El uso de protocolos para prematuros extremos mejoró la supervivencia en un 15%.”
Resultados materno-perinatales en la consulta de alto riesgo	Vélez Arango <i>et al.</i> (2013)	Describir los resultados en consulta de alto riesgo obstétrico	Estudio de cohorte	Capacitación y educación: manejo integral.	Vélez Arango <i>et al.</i> (2013) “Las intervenciones educativas mejoraron la adherencia a tratamientos y controles.”
Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal	Flores Navarro-Pérez <i>et al.</i> (2015)	Analizar la relación de factores sociodemográficos y seguimiento prenatal con la mortalidad perinatal	Estudio analítico transversal	Empoderamiento: gestantes informadas y activas.	Flores Navarro-Pérez <i>et al.</i> (2015) “Las gestantes capacitadas mostraron un 30% más de asistencia a controles prenatales.”
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal	García-Balaguera (2017)	Identificar barreras en el acceso y calidad del control prenatal	Estudio cualitativo	Capacitación y educación / Empoderamiento: fortalecer capacidades de decisión.	García-Balaguera (2017) “La formación en salud a nivel comunitario redujo las demoras en la atención.”

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
Muertes perinatales prevenibles mediante la intervención del Sistema Único de Salud en Brazil	Rêgo <i>et al.</i> (2018)	Determinar muertes perinatales prevenibles mediante intervenciones del sistema de salud	Estudio retrospectivo	Protocolo clínico / Capacitación: protocolos estandarizados.	Rêgo <i>et al.</i> (2018) “La implementación de guías clínicas redujo muertes prevenibles en un 25%.”
Identificación de factores de riesgo de muerte perinatal en el Hospital del Distrito de Tororo, Uganda.	Tesfalul <i>et al.</i> (2020)	Identificar factores de riesgo para muerte perinatal	Estudio caso-control	Capacitación y educación: detección temprana.	Tesfalul <i>et al.</i> (2020) “El entrenamiento del personal en identificación de riesgo redujo muertes intrapartos.”

Nota: Información realizada por las autoras, según revisión bibliográfica de artículos científicos.

Interpretación según Henao y Willes (2001)

La interpretación de la triangulación se realizó con base en las tres fases propuestas por Henao y Willes (2001).

En la fase de revisión y análisis de la información, los hallazgos muestran que las intervenciones prenatales con mayor impacto en la reducción de la mortalidad perinatal se sustentan en la aplicación rigurosa de protocolos clínicos, el empoderamiento de las gestantes y la capacitación continua del personal de salud. Los estudios revisados coinciden en que los protocolos clínicos permiten estandarizar la atención y reducir errores, mientras que el empoderamiento favorece la detección temprana de signos de alarma y la demanda oportuna de atención. Por su parte, la capacitación y educación del equipo sanitario asegura la actualización de conocimientos y habilidades, optimizando las decisiones clínicas en situaciones de riesgo.

En la fase de reflexión para la acción crítica, se identifica que para reducir la mortalidad perinatal no basta con disponer de protocolos, sino que es necesario asegurar su implementación efectiva y supervisada. Las experiencias revisadas indican que la capacitación continua del personal de salud incrementa la adherencia a guías clínicas y mejora la calidad de la atención. Además, se resalta la importancia de desarrollar programas de educación comunitaria que promuevan la autonomía de las gestantes, de manera que puedan reconocer síntomas de riesgo y buscar atención sin demora. La articulación entre el nivel clínico y el comunitario se presenta como un factor determinante para lograr resultados sostenibles en la disminución de muertes perinatales.

Finalmente, en la fase de naturalización de los objetos de estudio, se observa que las prácticas efectivas identificadas deben incorporarse como parte integral de los programas de salud

materno-perinatal. La naturalización implica que el uso de protocolos, el empoderamiento de las gestantes y la capacitación del personal se asuman como componentes esenciales y permanentes en la atención prenatal. Esto no solo asegura la reducción de indicadores negativos, sino que fortalece el sistema de salud al establecer una cultura de prevención y seguimiento continuo. Asimismo, la integración de estas estrategias en la formación profesional y en la política pública permitirá mantener su vigencia y adaptabilidad ante cambios epidemiológicos y contextuales.

Figura 4

Intervenciones prenatales con mayor impacto en la reducción de la mortalidad perinatal.



Nota: Figura diseñada por las autoras, según síntesis de la información de la tabla 10, sobre intervenciones prenatales y la reducción de muertes perinatales.

La triangulación evidencia que las intervenciones prenatales inciden de manera conjunta y complementaria en la reducción de la mortalidad perinatal. El protocolo clínico garantiza un seguimiento estandarizado y oportuno, lo que permite detectar complicaciones y aplicar medidas correctivas basadas en guías de práctica clínica, reflejando disminuciones porcentuales sostenidas en los indicadores. El empoderamiento de las gestantes, a través de educación en signos de alarma, fomenta una búsqueda temprana de atención, reduciendo los riesgos derivados de la demora en la consulta. La capacitación y educación del personal de salud, especialmente en contextos comunitarios, mejora la calidad de la atención y fortalece la adherencia a los protocolos, impactando de forma positiva en la supervivencia neonatal. La interrelación de estas tres dimensiones crea un ciclo de mejora continua, donde la estandarización técnica, la participación informada y el fortalecimiento de competencias profesionales convergen para optimizar los resultados materno-perinatales de manera sostenible.

INTERVENCIONES PRENATALES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL

Objetivo: analizar las estrategias utilizadas en el primer nivel de atención que contribuyen a mejorar los desenlaces perinatales y prevenir las muertes.

Tabla 11

Investigaciones sobre estrategias en el primer nivel de atención que previenen muertes perinatales

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
Factores de accesibilidad relacionados con muerte perinatal	Catalán Álvarez (2010)	Determinar factores de accesibilidad asociados a muerte perinatal	Estudio descriptivo	Intervenciones comunitarias: educación y sensibilización en salud materna.	Catalán Álvarez (2010) “Programas comunitarios de sensibilización permitieron la identificación temprana de signos de alarma durante el embarazo.”
Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica	Herrera, J.A. (2011)	Analizar la influencia de la atención primaria en la mortalidad materno-infantil	Estudio comparativo	Articulación institucional: integración de redes de salud.	Herrera, J.A. (2011) “La coordinación entre niveles de atención optimizó el acceso oportuno a servicios especializados.”
Control prenatal vs. resultado obstétrico perinatal	Rico Venegas <i>et al.</i> (2012)	Comparar la relación entre control prenatal y resultados perinatales	Estudio retrospectivo	Acompañamiento: seguimiento constante a la gestante.	Rico Venegas <i>et al.</i> (2012) “El seguimiento continuo a embarazadas de alto riesgo redujo las complicaciones perinatales.”
Mortalidad perinatal en el parto prematuro	Ovalle <i>et al.</i> (2012)	Analizar la mortalidad perinatal en partos	Estudio descriptivo	Desenlace gestacional: supervivencia neonatal y	Ovalle <i>et al.</i> (2012) “El manejo protocolizado de

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
entre 22 y 34 semanas		prematuros	analítico	complicaciones.	prematuros extremos incrementó la tasa de supervivencia neonatal.”
Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal en Colombia	Rozo-Gutiérrez <i>et al.</i> (2018)	Identificar muertes perinatales evitables mediante vigilancia epidemiológica	Estudio observacional	Vigilancia epidemiológica: monitoreo sistemático de casos.	Rozo-Gutiérrez <i>et al.</i> (2018) “El sistema de vigilancia permitió identificar fallas en la atención y prevenir recurrencias.”
Muertes perinatales prevenibles mediante intervención del Sistema Único de Salud de Brasil	Gomes da Silva <i>et al.</i> (2018)	Determinar muertes perinatales prevenibles a través de intervenciones del sistema de salud	Estudio retrospectivo	Articulación institucional / Vigilancia epidemiológica: protocolos integrados y monitoreo.	Gomes da Silva <i>et al.</i> (2018) “La combinación de monitoreo epidemiológico y acciones coordinadas redujo la mortalidad perinatal en un 20%.”
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal	García-Balaguera (2017)	Analizar barreras en el acceso y calidad de la atención prenatal	Estudio cualitativo	Acompañamiento / Intervenciones comunitarias: fortalecimiento de redes de apoyo.	García-Balaguera (2017) “El acompañamiento comunitario favoreció la asistencia regular a los controles prenatales.”
Identifying risk factors for perinatal death at Tororo District Hospital, Uganda	Tesfalul <i>et al.</i> (2020)	Identificar factores de riesgo para muerte perinatal	Estudio caso-control	Vigilancia epidemiológica / Desenlace gestacional: identificación y manejo de factores de riesgo.	Tesfalul <i>et al.</i> (2020) “La vigilancia activa permitió intervenciones rápidas que mejoraron los desenlaces neonatales.”
Aspectos intraurbanos de la mortalidad perinatal: modelo para áreas	Barros Canuto <i>et al.</i> (2019)	Identificar áreas urbanas con mayor riesgo de mortalidad perinatal	Estudio ecológico	Intervenciones comunitarias / Vigilancia epidemiológica: focalización territorial.	Barros Canuto <i>et al.</i> (2019) “El análisis espacial orientó intervenciones comunitarias específicas en zonas de alto

Título del estudio	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos
prioritarias					riesgo.”

Nota: Información realizada por las autoras, según revisión bibliográfica de artículos científicos.

Interpretación según Henao y Willes (2001)

Siguiendo la propuesta metodológica de Henao y Willes (2001), el análisis se desarrolló en tres fases interpretativas:

Revisión y análisis de la información

En la revisión comparativa de los estudios, se identificó que las intervenciones comunitarias desempeñan un papel fundamental al fomentar la participación activa de la población gestante en el cuidado prenatal. Los programas comunitarios de sensibilización, la educación sobre signos de alarma y la promoción del acceso temprano a servicios de salud muestran efectos positivos en la reducción de riesgos perinatales. El acompañamiento individualizado, documentado en varios estudios, favorece la adherencia a los controles y permite intervenciones oportunas ante complicaciones.

En cuanto a la articulación institucional, se evidenció que la coordinación efectiva entre niveles de atención primaria, secundaria y terciaria mejora el acceso a atención especializada, reduce retrasos en la referencia de casos críticos y optimiza los recursos disponibles. La vigilancia epidemiológica se muestra como un eje transversal, ya que el monitoreo continuo y la retroalimentación de datos fortalecen la toma de decisiones clínicas y de política pública. Finalmente, el desenlace gestacional refleja el impacto directo de las estrategias implementadas, mostrando mejoras en la supervivencia neonatal y disminución de complicaciones cuando las intervenciones son sistemáticas y sostenidas.

Reflexión para la acción crítica

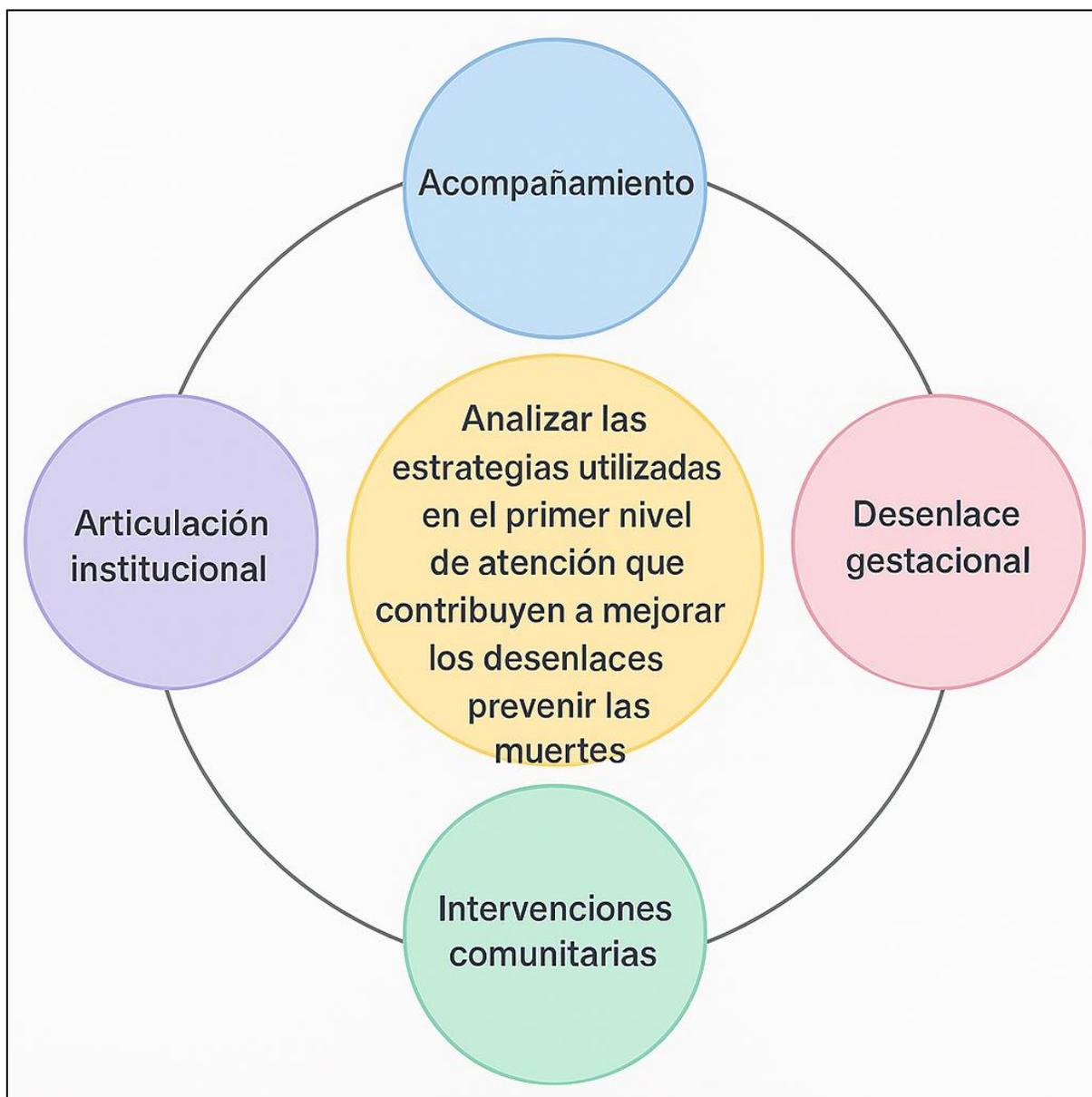
La evidencia indica que, si bien cada categoría aporta un componente esencial para la reducción de la mortalidad perinatal, su mayor efectividad se logra cuando se implementan de forma integrada. Las intervenciones comunitarias fortalecen el vínculo entre la población y los servicios de salud, pero requieren del respaldo institucional para ser sostenibles. El acompañamiento efectivo necesita de personal capacitado y recursos, lo que depende de una buena articulación institucional. La vigilancia epidemiológica no solo sirve para registrar casos, sino que permite detectar fallas en el sistema y proponer acciones correctivas inmediatas. De igual forma, el análisis de desenlaces gestacionales posibilita evaluar el impacto real de las intervenciones, orientando la mejora continua de los protocolos clínicos y comunitarios.

Naturalización de los objetos de estudio

La incorporación de estas estrategias en la práctica habitual de los servicios de salud debe asumirse como una política sostenida. La naturalización implica que la vigilancia epidemiológica, el acompañamiento y las intervenciones comunitarias no sean acciones excepcionales o dependientes de proyectos temporales, sino prácticas permanentes y respaldadas por el sistema. Las instituciones de salud, al interiorizar estas acciones como parte de su funcionamiento cotidiano, lograrán consolidar un modelo preventivo y proactivo, donde el impacto sobre la mortalidad perinatal se mantenga y mejore a largo plazo. La combinación de un enfoque comunitario participativo, la articulación interinstitucional y el seguimiento sistemático permitirá no solo disminuir los indicadores negativos, sino también fortalecer la confianza de la población en el sistema sanitario.

Figura 5

Intervenciones utilizadas en el primer nivel de atención que contribuyen a mejorar los desenlaces perinatales y prevenir las muertes.



Nota: Figura diseñada por las autoras, información recuperada de la tabla 11, según la búsqueda bibliográfica de intervenciones en atención primaria para prevenir muertes perinatales.

El diagrama circular de triangulación refleja la interacción entre las categorías intervenciones comunitarias, acompañamiento, articulación institucional, desenlace gestacional y vigilancia epidemiológica, mostrando cómo, al integrarse, fortalecen las estrategias del primer nivel de atención para mejorar los resultados perinatales y prevenir muertes.

Cada segmento representa una dimensión de acción específica: las intervenciones comunitarias fomentan la educación y sensibilización de las gestantes; el acompañamiento asegura seguimiento continuo durante el embarazo; la articulación institucional optimiza la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención; el desenlace gestacional mide el impacto de las acciones implementadas en la salud maternoinfantil; y, la vigilancia epidemiológica garantiza un monitoreo oportuno de casos y riesgos.

En el centro del diagrama, donde todas las áreas se superponen, se visualiza el objetivo común: un sistema de atención primaria integral, coordinado y proactivo que minimiza riesgos y maximiza la supervivencia neonatal mediante acciones conjuntas y sostenidas.

INTERVENCIONES PRENATALES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL

Objetivo: establecer la triangulación de la teoría de Nola Pender y las intervenciones prenatales desde la atención primaria para disminuir la mortalidad perinatal.

Tabla 12

Evidencia científica de la teoría de Nola Pender con relación en las intervenciones prenatales desde la atención primaria para disminuir la mortalidad perinatal

Título del estudio	Autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según categorías
Intervenciones altamente efectivas para reducir la muerte materna y perinatal	Red Mundial de Mujeres / OMM México	Identificar 21 acciones basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna y neonatal	Revisión documental y análisis epidemiológico	Atención preconcepcional, suplementación, trato respetuoso, apego a recomendaciones	Red Mundial de Mujeres / OMM México. “Las intervenciones deben iniciarse desde el periodo preconcepcional...”, “El trato respetuoso y amable... permite mejor apego...”
Estrategia para	Organización	Fortalecer la	Estrategia	Empoderamiento	Organización Panamericana de

Título del estudio	Autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según categorías
acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas	Panamericana de la Salud (OPS)	atención primaria para reducir la mortalidad materna en territorios vulnerables	regional con líneas de acción	comunitario, redes integradas, calidad de atención	la Salud (OPS). “Empoderar a las mujeres, las familias y las comunidades...”, “Expandir y fortalecer el primer nivel de atención...”
Plan Estratégico para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2021–2025	Ministerio de Salud de Panamá	Implementar acciones integradas en salud sexual y reproductiva en todas las regiones del país.	Plan nacional con enfoque territorial	Coordinación regional, seguimiento de indicadores, atención integral	Ministerio de Salud de Panamá. “Coordinadores regionales del Programa de Salud Sexual y Reproductiva...”, “Seguimiento informático de indicadores...”

Nota: Información realizada por las autoras, según revisión bibliográfica de artículos científicos.

Interpretación desde la teoría de Nola Pender

Factores personales y situacionales: las acciones preconceptionales y el seguimiento de enfermedades crónicas se alinean con los factores personales que influyen en la conducta de salud.

Afecto relacionado con la actividad: el trato respetuoso y el empoderamiento comunitario refuerzan el compromiso con el plan de acción, clave en el modelo de Pender.

Autoeficacia y motivación: la participación activa de mujeres y familias en el cuidado prenatal fortalece la percepción de control y adherencia a conductas saludables.

Figura 6

Triangulación conceptual entre la teoría de Nola Pender, intervenciones en la atención primaria y la reducción de la mortalidad perinatal.



Nota: Figura diseñada por las autoras, información recuperada de la tabla 12, según evidencia científica de la Teoría de Nola pender con relación en las intervenciones prenatales desde la atención primaria para disminuir la mortalidad perinatal.

Análisis de la triangulación teórica-documental.

Objetivo: Establecer la triangulación entre la teoría de Nola Pender, las intervenciones prenatales desde la atención primaria y la reducción de la mortalidad perinatal.

Teoría de Nola Pender: Modelo de Promoción de la Salud

El modelo de Pender propone que la adopción de conductas saludables está influida por factores personales, cognitivos, afectivos y sociales. En el contexto prenatal, este enfoque permite comprender cómo las mujeres embarazadas toman decisiones sobre su salud y la del feto, en función de su autoeficacia, compromiso con el plan de acción, y afecto relacionado con la actividad.

Las intervenciones prenatales que promueven el empoderamiento, el trato respetuoso y el seguimiento continuo se alinean con los constructos del modelo.

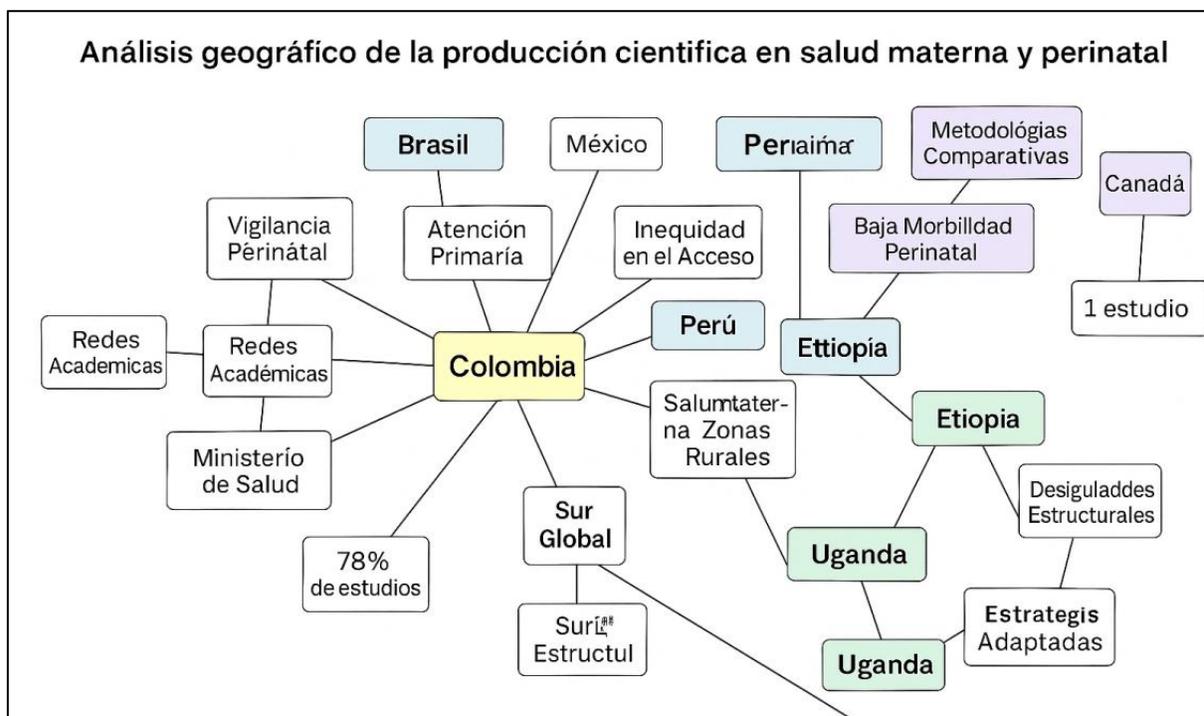
La promoción de la salud desde el primer nivel de atención refuerza la capacidad de las mujeres para adoptar conductas preventivas, como el control prenatal temprano y la suplementación nutricional.

Categorías emergentes documentales

A partir del análisis de los artículos revisados, se identificaron cuatro categorías recurrentes que reflejan patrones comunes en las estrategias de intervención.

Figura 7

Diagrama análisis geográfico de producción científica en salud materna y perinatal.



Nota: información obtenida de estudios investigados a través de las Autoras 2025.

El diagrama de red sobre la producción científica en salud materna y perinatal revela una estructura geográfica y temática altamente concentrada en América Latina, con Colombia como nodo central. Este país no solo lidera en número de estudios, sino que también articula múltiples dimensiones clave: vigilancia perinatal, atención primaria, políticas públicas robustas, redes académicas especializadas y colaboración interinstitucional. Su conexión directa con universidades y el Ministerio de Salud sugiere una infraestructura investigativa consolidada, capaz de generar evidencia científica pertinente y contextualizada.

En el conjunto latinoamericano, países como Brasil, México, Perú, Argentina y Chile conforman un clúster regional que aporta el 78 % de los estudios revisados. Aunque cada país

presenta enfoques particulares, todos comparten desafíos estructurales comunes del Sur Global, como la inequidad en el acceso a servicios, la fragmentación de los sistemas de salud y las desigualdades persistentes. Esta concentración temática refleja un interés sostenido por mejorar los indicadores de salud materna, así como una respuesta investigativa frente a las brechas sanitarias que afectan a poblaciones vulnerables.

La presencia africana, representada por Etiopía y Uganda, aunque limitada en número, aporta una perspectiva valiosa desde contextos de alta vulnerabilidad. Los estudios provenientes de estos países visibilizan realidades sanitarias complejas, caracterizadas por recursos limitados, estrategias adaptadas y participación activa de ONGs y hospitales. Su inclusión en el diagrama enriquece el análisis comparativo internacional y destaca la necesidad de fortalecer capacidades investigativas en regiones con alta carga de morbilidad perinatal.

Por otro lado, el Norte Global aparece, como un nodo periférico, con Canadá como único país representado a través de un solo estudio. Su enfoque se centra en metodologías comparativas y contextos de baja morbilidad, lo que sugiere diferencias en las prioridades temáticas y una menor vinculación con redes colaborativas del Sur Global. Esta baja participación plantea interrogantes sobre la internacionalización del conocimiento y la necesidad de fomentar alianzas interregionales más equitativas.

En conjunto, el diagrama evidencia una red investigativa con alta densidad en América Latina, emergente en África subsahariana y limitada en el Norte Global. Este patrón sugiere oportunidades estratégicas para fortalecer la colaboración interregional, diversificar los enfoques temáticos y promover una producción científica más inclusiva y representativa de los contextos de mayor vulnerabilidad en salud materna y perinatal.

4.2 Discusión

La evidencia revisada confirma que las intervenciones prenatales implementadas desde la atención primaria de salud son determinantes para reducir la mortalidad perinatal, especialmente en contextos vulnerables como Panamá; y, de forma más acentuada, la provincia de Chiriquí. A pesar de avances normativos como la Ley 4 de 1999 y el Decreto Ejecutivo 145 de 2011 persisten brechas estructurales que limitan el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios prenatales, particularmente en zonas rurales e indígenas. Estudios como el de Catalán Álvarez (2010) en Colombia evidencian que la baja cobertura sanitaria en áreas rurales incrementa el riesgo de muerte perinatal, hallazgo que guarda estrecha relación con la realidad chiricana. En estas comunidades, factores como la distancia geográfica, la escasez de personal capacitado y la limitada adecuación cultural de los servicios obstaculizan la adherencia a los controles prenatales, aumentando la probabilidad de complicaciones obstétricas y desenlaces adversos.

Desde una perspectiva teórica, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender ofrece un marco conceptual pertinente para comprender las conductas de salud de las gestantes. Este modelo plantea que el comportamiento está influido por factores personales, cognitivos y afectivos, así como por barreras percibidas y elementos interpersonales. El estudio de Munares-García (2013) en Perú refuerza esta visión al vincular el abandono del control prenatal con bajo nivel educativo, falta de apoyo familiar y distancia al hospital. En el caso panameño, estas barreras se agravan por la escasa adecuación lingüística y cultural de los servicios, lo que limita la participación activa de las mujeres en su proceso de cuidado.

La revisión bibliográfica también destaca que el control prenatal adecuado (frecuente, oportuno y de calidad), se asocia con mejores desenlaces perinatales. Rico Venegas *et al.*

(2012) y Flores Navarro-Pérez *et al.* (2015) demuestran que la insuficiencia en los controles y el bajo nivel educativo están estrechamente relacionados con la mortalidad perinatal. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones educativas, comunitarias y culturalmente pertinentes, que promuevan conductas saludables y eliminen barreras de acceso.

En cuanto a las causas de muerte perinatal, estudios como los de Castañeda-Casale *et al.* (2010) y Villalba Toquica y Martínez Silva (2015) identifican la asfixia y la prematuridad como factores predominantes, muchos de ellos prevenibles mediante un seguimiento prenatal adecuado. La revisión de Hernández-Herrera *et al.* (2009) en México, que abarca 35 años, muestra una reducción gradual de la mortalidad perinatal, aunque persisten causas evitables, lo que subraya la importancia de intervenciones sostenidas desde el primer nivel de atención. La accesibilidad geográfica emerge como un factor crítico. Investigaciones como las de Rojas-Gualdrón y Caicedo-Velásquez (2017) y Yadeta *et al.* (2020) demuestran que la mortalidad perinatal es mayor en zonas con baja cobertura obstétrica, patrón que se repite en comunidades indígenas de Chiriquí. En este contexto, estrategias como la planificación territorial, el fortalecimiento de redes comunitarias y la formación de promotoras de salud como propone Canuto *et al.* (2019) resultan esenciales para identificar áreas prioritarias y reducir desigualdades urbanas y rurales.

Desde el enfoque de Henao Willes, la atención primaria debe concebirse como un sistema articulador, integral y centrado en las necesidades reales de la población. Esta visión coincide con los hallazgos de Herrera (2013), quien demuestra que una atención primaria sólida contribuye a la reducción de la mortalidad materno-infantil en Iberoamérica. En Panamá, sin embargo, la fragmentación de servicios y la débil coordinación interinstitucional dificultan

la implementación efectiva de rutas materno-perinatales, como lo evidenció Badillo González (2018).

En síntesis, la reducción de la mortalidad perinatal en Panamá y Chiriquí requiere intervenciones prenatales diseñadas desde la atención primaria con enfoque integral, intercultural y sostenido en el tiempo. La aplicación del modelo de Nola Pender y el marco conceptual de Henao Willes orienta dichas intervenciones hacia la promoción de conductas saludables, la eliminación de barreras estructurales y la construcción de entornos protectores para la madre y el recién nacido. La evidencia nacional e internacional revisada respalda esta propuesta como una estrategia esencial para mejorar los indicadores de salud materna y neonatal en los territorios más vulnerables.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- La atención primaria de salud influye directamente en la asistencia, cobertura y continuidad de los controles prenatales, especialmente en zonas rurales e indígenas de Chiriquí, donde las barreras geográficas, culturales y estructurales limitan el acceso oportuno y sostenido a los servicios.
- Las intervenciones prenatales implementadas desde el primer nivel de atención tienen un impacto significativo en la reducción de la mortalidad perinatal, siempre que se ejecuten con enfoque integral, seguimiento clínico adecuado y pertinencia cultural, como lo evidencian estudios en Colombia, México y Brasil.
- Las estrategias más efectivas en el primer nivel de atención incluyen la educación para la salud, el acompañamiento comunitario, la detección temprana de riesgos y la articulación intersectorial, elementos que contribuyen a mejorar los desenlaces perinatales y prevenir muertes evitables.
- La teoría de Nola Pender permite comprender los factores que influyen en la conducta de salud de las gestantes, como las barreras percibidas, el apoyo familiar y la percepción del riesgo, lo que refuerza la necesidad de intervenciones prenatales centradas en la promoción de hábitos saludables y la participación activa de las mujeres.
- La situación en Chiriquí evidencia la necesidad urgente de fortalecer la atención primaria en las áreas más vulnerables, donde la falta de infraestructura, personal capacitado y adecuación cultural de los servicios contribuye a la persistencia de indicadores elevados de mortalidad perinatal.

5.2 Recomendaciones

- Fortalecer la red de atención primaria en Chiriquí, especialmente en comunidades rurales e indígenas, mediante la asignación de recursos humanos, tecnológicos y logísticos que garanticen controles prenatales continuos y de calidad.
- Implementar programas de formación intercultural para el personal de salud, que les permitan comprender y respetar las prácticas locales, mejorar la comunicación con las gestantes y aumentar la adherencia a los controles prenatales.
- Diseñar intervenciones prenatales basadas en el modelo de Nola Pender, incorporando estrategias educativas, motivacionales y comunitarias que promuevan conductas saludables y reduzcan las barreras percibidas por las mujeres embarazadas.
- Establecer mecanismos de articulación entre niveles de atención y sectores sociales, que faciliten el seguimiento de embarazos de alto riesgo, la referencia oportuna y la continuidad del cuidado durante el embarazo, parto y puerperio.
- Priorizar la vigilancia epidemiológica y el análisis territorial de la mortalidad perinatal, para identificar zonas críticas en Chiriquí, orientar la planificación de servicios y evaluar el impacto de las intervenciones prenatales en tiempo real.

CAPÍTULO VI
REFERENCIAS

6. Referencias

- Aguilar Barradas, M., *et al.* (2005). *Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Albornoz-Hinostroza, J., García-Aquino, S., Núñez-Asado, L., & Dámaso-Mata, B. (2014). *Control prenatal, cesárea y prematuridad como factores asociados a la mortalidad perinatal en un hospital público de Huánuco*.
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañon-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: Reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195–201.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>
- Aristizábal, G., *et al.* (2011). *Factores que influyen en la atención perinatal*. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16–21.
- Aristizábal-Hoyos, G. P., Blanco-Borjas, D. M., Sánchez-Ramos, A., & Ostigüin-Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16–23.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248>
- Armstrong, C. E., Lange, I. L., Magoma, M., Ferla, C., Filippi, V., & Ronsmans, C. (2014). Strengths and weaknesses in the implementation of maternal and perinatal death reviews in Tanzania: Perceptions, processes and practice. *Tropical Medicine & International Health*, 19(9), 1087–1095.
<https://doi.org/10.1111/tmi.12353>

- Asamblea Legislativa de Panamá. (2002). *Ley N.º 29: Que garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada*. <https://binal.ac.pa/...>
- Asamblea Nacional de Panamá. (2024). *Constitución Política de la República de Panamá*. <https://constitucion.te.gob.pa/...>
- Badillo González, J. J. (2020). *Análisis cualitativo de las rutas de atención integral en salud materno perinatal*.
- Balestrini, M. (2006). *Cómo se elabora el proyecto de investigación* (7ª ed.). BL Consultores Asociados.
- Bernal Cortés, M., Ramírez, M., & Gómez, L. (2014). *Mortalidad perinatal en Manizales: Análisis de causas y factores asociados*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 85–92.
- Bernal Torres, C. A. (2020). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). Pearson Educación.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2011). *Ley N.º 20.545: Protección a la maternidad y permiso postnatal parental*. Ley Chile.CASPe. (2023). *Herramientas para la lectura crítica en investigación sanitaria*. <https://www.redcaspe.org>
- Castillo, S. (2017). *Investigación cualitativa: Fundamentos, diseño y desarrollo*. Editorial Académica Española.
- Castillo, M. (2017). *La interpretación: Un reto en la investigación educativa*. Editorial Newton Edición y Tecnología Educativa.
- Chávez, E., & Herrera, M. (2024). *Análisis de la mortalidad materna en Panamá: Evolución y desafíos regionales*. Ministerio de Salud / UNFPA.

- Chávez, M., y Herrera, L. (2024). Acceso a servicios obstétricos especializados en áreas indígenas de Panamá. Ministerio de Salud de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa>
- Clèries Costa, X., Sarrado Soldevila, J. J., y López Vicente, P. (2007). La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Atención Primaria*, 39(8), 411–416. <https://doi.org/10.1157/13108615>
- Codina, L. (2025). ¿Qué es una matriz de revisión de la literatura? [Scoping reviews]. <https://www.lluiscodina.com/...>
- Constitución Política de Colombia. (2025). *Artículo 49*. <https://leyes.co/...>
- Constitution of the Republic of Uganda. (1995, amended to 2018). *Article 33: Rights of women*. LawGlobal Hub.Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2024). *CASP checklists for critical appraisal*. <https://casp-uk.net/...>
- De la Peña León, B. (2014). *Salud pública y atención primaria*. Editorial Médica Panamericana.
- Declaración STROBE. (von Elm, E., Altman, D. G., & Egger, M., 2007). *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology*.
- Del Riesgo Prendes, L., Salamanca-Matta, A. L., Monterrey-Gutiérrez, P. A., Bermúdez-Hernández, P. A., Vélez, J. L., & Suárez-Rodríguez, G. (2017). *Hipoxia perinatal en el Hospital Mederi de Bogotá: Comportamiento en los años 2007 a 2011*.
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M. M., Gallego de Pardo, P., Gómez Daza, B., Gómez de Obando, E., González de Acuña, Y., ... & Venegas Bustos, B. C. (2002). Análisis de los

- conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 56–70.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004
- Dirección del Trabajo de Chile. (2024). *Protección a la maternidad. Guía legal*.
- Echeverría, R. (2005). Análisis cualitativo por categorías a priori: reducción de datos y codificación. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9013347.pdf>
- Enfermería Buenos Aires. (2024). *Callista Roy: El modelo teórico de enfermería basado en la adaptación*. <https://enfermeriabuenosaires.com/callista-roy/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Panamá: Informe sobre derecho a la vida*. <https://www.unicef.org/panama/>
- Geltore, T. E., & Anore, D. L. (2021). The impact of antenatal care in maternal and perinatal health. In A. Ray (Ed.), *Empowering midwives and obstetric nurses* (pp. 1–20). IntechOpen. <https://doi.org/...>
- Generali Seguros. (2024). *Baja por maternidad y paternidad en España: Duración y normativa*. <https://www.generali.es/...>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2000). *Ley N.º 418: Salud reproductiva y procreación responsable*. Boletín Oficial.
- Gobierno de México. (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016*. <https://www.gob.mx/...>
- Gómez-Amasifuen, M. R. (2019). *Factores asociados al término de sesiones educativas de estimulación prenatal...*
- González Hoyos, D. (1990). *Instrucción familiar perinatal*. Universidad Nacional de Colombia.

- González, V. M., & Crespo, K. S. (2014). *Salud pública: Fundamentos y estrategias*. Ediciones Científicas.
- Grupo EM Gestión. (2024). *Maternidad y paternidad en 2024: Todo lo que necesitas saber*. <https://grupoemgestion.com/..>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage.
- Gullion, J. S. (2024). *Qualitative research in health and illness*. Oxford University Press. <https://doi.org/...>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2021). *Metodología de la investigación* (7^a ed.). McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza-Torres, C. P. (2021). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7^a ed.). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (2023). *Estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones*. Contraloría General de la República de Panamá.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2025). *Estadísticas Vitales - Volumen II: Nacimientos Vivos y Defunciones Fetales, Año 2023*. <https://www.inec.gob.pa>
- Juraci, A., Leal, M., & Tomasi, E. (2008). Home visits during pregnancy and the postpartum period: An intervention to improve maternal and child health indicators. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 42–49. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000100006>

- Koh, D., Chua, H., & Lim, J. (2021). Perceived barriers and facilitators to antenatal care: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03680-0>
- Lee, S., Park, J., & Kim, H. (2020). Effectiveness of interventions based on the Health Promotion Model on health behaviors of pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103651. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103651>
- Martínez-Corona, J. I., Palacios-Almón, G. E., & Oliva-Garza, D. B. (2023). *Guía para la revisión y el análisis documental*. *Revista Ra Ximhai*, 19(1), 67–83. <https://doi.org/...>
- Mejía López, J., & Jaramillo Mejía, M. C. (2006). *Caso de estudio. Modelo de gerencia para toma de decisiones en salud perinatal*.
- Mercer, R. T. (1986). *First-time motherhood: Experiences from teens to forties*. Springer Publishing Company.
- MillionBooks.org. (2024). *Ethical considerations in documentary research*. <https://www.millionbooks.org/..>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú. (2021). *Plan Nacional de Derechos Humanos 2018–2021*. <https://www.gob.pe/..>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2007). *Normas Técnicas Administrativas del Programa de Salud Integral de la Mujer*.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2009). *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo*.

- Ministerio de Salud (MINSA). (2015). *Plan estratégico para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal*.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2019). *Informe de avance quinquenal 2019–2025*.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2020). *Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer*.
<https://panama.unfpa.org>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2024). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Regional 2024 – Chiriquí*. <https://www.minsa.gob.pa>
- Ministry of Gender, Labour and Social Development. (2024). *Statement at the 68th Session of the Commission on the Status of Women*.
- MINSa. (2015). *Informe nacional de salud materna e infantil*.
- Mujica-Sequera, R. M. (2025). *Técnicas avanzadas de recolección de datos en la*
- Munares García, O. F. (2014). *Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011*.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Naciones Unidas. (2019). *Informe global sobre la salud neonatal*.
<https://www.un.org>
- Nigenda, G., & Serván-Mori, E. (2024). Lecciones desde América Latina sobre estrategias prenatales en primer nivel de atención. *Salud Pública de México*, 66(1), 75–84. <https://doi.org/10.21149/13922>

- Olea-Ramírez, L. M., León-Larios, F., & Corrales-Gutiérrez, I. (2024). Intervention strategies to reduce maternal mortality in the context of the Sustainable Development Goals: A scoping review. *Women*, 4(4), 387–405. <https://doi.org/10.3390/women4040030>
- Olea-Ramírez, M., Zambrano, R., & Quintero, C. (2024). Community-based prenatal care in vulnerable populations: Evidence from the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e54. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.54>
- Olvera, J. G., & Ramos Pastrana, J. A. (2024). Enhancing information to improve outcomes: The impact of home visiting programs on maternal health. *Journal of Population Economics*, 37, Article 78. <https://doi.org/10.1007/s00148-024-01050-7>
- Olvera, M., & Ramos Pastrana, J. (2024). Efectividad de las visitas domiciliarias en la reducción de la mortalidad materna. *Salud Pública de México*, 66(2), 145–153. <https://doi.org/10.21149/spm.v66i2.12345>
- Organización de Estados Americanos. (1988). *Protocolo de San Salvador: Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.oas.org/ext/es/derechos-humanos/gtpss>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Indicadores de salud perinatal: definiciones y estándares*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Indicadores de salud perinatal: definiciones y estándares*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Informe global sobre salud materna y perinatal 2024*. Ginebra: OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240083202>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Manual de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/3126>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Informe CLAP sobre salud materno-perinatal en América Latina*. <https://clap.ops.org>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS], & Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Clasificación internacional de enfermedades para la vigilancia de la mortalidad fetal y neonatal*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34941>
- Ortiz Ramos, V. A., Itusaca Dueñas, N. N., Ulloa Ordoñez, L. V., Vela Ruiz, J. M., Desposorio-Robles, J., & Alatrista Gutierrez, M. S. (2024). Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Revista Obstetricia y Ginecología Venezolana*, 84(2), 155–167. <https://doi.org/10.51288/00840209>
- Ovalle S, A., Kakarieka W, E., Díaz C, M., García Huidobro M, T., Acuña M, M., Morong C, C., Abara C, S., & Fuentes G, A. (2012). Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile.

- Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(4), 263–270.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262012000400005>
- Pan American Health Organization (PAHO). (2024). Responding to obstetric emergencies and unintended pregnancies 2024–2027.
<https://www.paho.org/en/news/19-9-2024-paho-and-msd-launch-project-improve-maternal-health-latin-america>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson Education.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7th ed.). Pearson.
- Plazas, L. (2024). Ramona T. Mercer: Adopción del rol materno-convertirse en madre. *Enfermería Buenos Aires*. <https://enfermeriabuenosaires.com/ramona-t-mercer/>
- Plazas, L. (2025). *Modelo de promoción de la salud de Nola Pender*. *Enfermería Buenos Aires*. <https://enfermeriabuenosaires.com/modelo-de-promocion-salud-de-nola-pender/>
- Ponce, A. (2019). *Muerte fetal: Incidencia y relación con los factores maternos. Estudio observacional en pacientes embarazadas en el Hospital José Domingo de Obaldía, período 2017–2018* [Tesis de licenciatura].
- Ponce, M. (2018). Mortalidad fetal en la provincia de Chiriquí: Factores clínicos y comunitarios. *Revista Médica de Panamá*, 42(1), 22–30.
- Prías Vanegas, H. E., & Miranda Mellado, C. (2009). *Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal*.
- QuestionPro. (2025). *Técnicas de recolección de datos: Qué son y cuáles existen*.
<https://www.questionpro.com/blog/es/tecnicas-de-recoleccion-de-datos/>

- Quiñónez Zúñiga, Y. A. (2020). *Estrategia para la disminución de la mortalidad perinatal en el Departamento del Cauca, 2010–2018*.
- Rebolledo Carreño, A. (2025, agosto 12). ¿Qué son las categorías de análisis cualitativo?. Metodológica.<https://metodologica.cl/que-son-las-categorias-de-analisis-cualitativo/>
- ResearchProspect. (2024). *A quick guide on Boolean operators with examples*. <https://www.researchprospect.com/a-quick-guide-on-boolean-operators/>
- Rivas-Tovar, L. A. (2015). *¿Cómo hacer una tesis de maestría? (3ª ed.)*. Instituto Politécnico Nacional.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model (3rd ed.)*. Pearson Education.
- Rozo, R., Suárez, L., & Herrera, M. (2021). Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018. *Revista Colombiana de Medicina*, 52(2), 51–62.
- Rozo-Gutiérrez, J. D., & Ávila-Mellizo, L. (2021). Mortalidad perinatal prevenible en Colombia: Vigilancia e indicadores críticos. *Revista de Epidemiología Regional*, 6(1), 45–52.
- Rueda Sánchez, M. P., Armas, W. J., & Sigala-Paparella, L. E. (2023). Análisis cualitativo por categorías a priori: Reducción de datos para estudios gerenciales. *Ciencia y Sociedad*, 48(2), 83–96. <https://doi.org/10.22206/cys.2023.v48i2.pp83-96>
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. McGraw-Hill.

- Secretaría de Salud. (2016). *NOM-007-SSA2-2016: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*. <https://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- STROBE Initiative. (2024). *STROBE checklist for observational studies*. <https://www.strobe-statement.org/checklists/>
- Supremo Tribunal Federal de Brasil. (2024). *Constituição da República Federativa do Brasil*.
- Tesfalul, M. A., *et al.* (2020). Identificación de factores de riesgo de muerte perinatal en el Hospital del Distrito de Tororo, Uganda: Un estudio de casos y controles. *BMC Embarazo y Parto*, 20(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2727-3>
- Ticona Rendón, E., Gutiérrez, C., & Chávez, M. (2011). Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(3), 431–443.
- Tipiani, O., & Tomatis, C. (2015). *Prenatal control and maternal perinatal outcome*.
- Tough, S. C., *et al.* (2006). Prenatal nursing support and home visits: Do they improve resource use in a universal health care system? *Canadian Journal of Public Health*, 97(3), 209–214.
- TUTFG. (2025). *Categorías de análisis variables: ¿Cómo puedes definir las?*. <https://tutfg.es/categorias-de-analisis-variables/>
- UN Women. (2018). *Constitution of the Republic of Uganda 1995, as amended to 2018*. UN Women Constitutions Database.
- UNFPA Brasil. (2024). *Painel de indicadores de mortalidade materna e infantil*. <https://brasil.unfpa.org>

- UNFPA Panamá. (2023). *Revisión nacional de la salud materna en contextos indígenas y rurales*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNFPA. (2023). *Estrategias comunitarias para mejorar la salud materna y neonatal en América Latina*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- UNICEF, OMS, Banco Mundial, & ONU. (2020). *Una tragedia descuidada: La carga mundial de mortinatos*.
<https://www.unicef.org/media/76586/file/Stillbirths-2020-Lancet.pdf>
- UNICEF. (2023). *Every Newborn Action Plan Progress Report 2023*.
<https://www.unicef.org/reports/every-newborn-progress-report-2023>
- Venegas, R. R., Frausto, V. R., & Martínez, P. (2012). *Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal*.
- Vergilova Gyudyuleva, O., Unsaín Marco, A., González Portillo, C., Martínez Rojas, M., Portero Portero, M. R., Zirari Rebbouh, N. (2025). Callista Roy, la enfermera que revolucionó los cuidados con su modelo de adaptación. *Revista Ocronos*, 8(1), 111–120.
- Von Elm, E., *et al.* (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, 370(9596), 1453–1457. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
- WHO Technical Advisory Group. (2024). *Integrating maternal and newborn care in primary health services: Strategic guidance*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240079021>
- World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs*. <https://iris.who.int/handle/10665/376869>

Yadeta, T. A., Mengistu, B., Gobena, T., & Regassa, L. D. (2020). Spatial pattern of perinatal mortality and its determinants in Ethiopia: Data from Ethiopian Demographic and Health Survey 2016. *PLOS ONE*, *15*(11), e0242499. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242499>

Revista

Algor Education. (2025). *Metodología de la investigación documental*. <https://cards.algoreducation.com/es/content/xfhsJq9/investigacion-documental-metodologias>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Belachew, A. K., *et al.* (2024). Antenatal care service satisfaction and associated factors among pregnant women at public health facilities of Wogera district, Northwest Ethiopia. *Frontiers in Global Women's Health*, *5*, Article 1422047. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1422047>

Bernal Cortés, D. P., & Cardona Rivas, D. (2014). Caracterización de la mortalidad perinatal en Manizales, Colombia, 2009–2012. *Hacia la Promoción de la Salud*, *19*(2), 66–80. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2210>

- Bernal Cortés, R., Gutiérrez, C., & Díaz, A. (2014). Caracterización de la mortalidad perinatal en Manizales, Colombia, 2009–2012. *Revista CES Medicina*, 28(1), 66–80.
- Castañeda-Casale, G., *et al.* (2010). La mortalidad perinatal en un hospital general. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 23–30.
- Castillo Ávila, I. Y., Villarreal Villanueva, M. P., Olivera Correa, E., Pinzón Consuegra, A., & Carrascal Soto, H. (2014). Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. *Hacia la Promoción de la Salud*, 19(1), 128–140.
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2203>
- Delgado Bravo, A. I., López Maya, J. V., & Meneses Paredes, F. C. (2010). Mortalidad perinatal de la población afiliada a una EPS de Pasto. Departamento de Nariño. 2007. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 92–109.
<https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1974>
- García-Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 305–310.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704>
- Montoya-Restrepo, N., & Correa-Morales, J. (2009). Cartas de Control Estadístico de Procesos en el Monitoreo de la Mortalidad Perinatal. *Revista de Salud Pública*, 11(1), 92–99. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42211110>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta*

- Médica Espirituana*, 19(3), 89–100.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Revista Cubana de Enfermería. (2016). 32(4), 128–130.
- Rico Venegas, R. M., Ramos Frausto, V. M., & Martínez, P. C. (2012). Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Enfermería Global*, 11(3), 397–407.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834796022>
- Rincón Socha, P. I., Del Riesgo Prendes, L., Ibáñez Pinilla, M., & Rodríguez Torres, V. (2017). Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Méderi, 2010-2011. (*Datos incompletos – agregar revista y fuente*)
- Rojas Gualdrón, D. F., & Caicedo Velásquez, B. (2017). Accesibilidad geográfica al cuidado obstétrico y neonatal y su efecto en la mortalidad neonatal temprana en Colombia 2012–2014.
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2670>
- Ryan, E. (2023, May 31). Boolean operators: Quick guide, examples & tips. *Scribbr*.
<https://www.scribbr.com/working-with-sources/boolean-operators/>
- Salcedo Álvarez, R. A., *et al.* (2012). Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: Una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enfermería Universitaria*, 9(3), 25–43.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004
- Sanderson, S., Tatt, I. D., & Higgins, J. P. T. (2007). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: A systematic

- review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, 36(3), 666–676. <https://doi.org/10.1093/ije/dym018>
- Ticona Rendón, J., Huamán, J., & Gutiérrez, R. (2011). Factores asociados a la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57(3), 189–196.
- Ticona Rendón, M., & Huanco Apaza, D. (2011). Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37(3), 432–443. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000300017
- Veltre Huerta, S. M., Alonso Moreno, A., Sancho Lasobras, C. J., Carbonel Millán, A. I., Navas Arjona, J., & Montil Goy, J. A. (2023). La atención primaria de la salud. Conceptos y características. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-atencion-primaria-de-la-salud-conceptos-y-caracteristicas/>

Referencias Infográficas

- Asamblea Legislativa de Panamá. (2002). *Ley N.º 29: Que garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada*. https://binal.ac.pa/wp-content/uploads/r_dig/G_leyN29de13juniodel20-partel.pdf
- Codina, L. (2025). *¿Qué es una matriz de revisión de la literatura? [Scoping reviews]*. <https://www.lluiscodina.com/matriz-de-revision-de-la-literatura/>
- Constitución Política de Colombia. (2025). *Artículo 49*. <https://leyes.co/constitucion/49.htm>

- Constitution of the Republic of Uganda. (1995, amended to 2018). *Article 33: Rights of women*. <https://lawglobalhub.com/constitution-of-uganda/>
- Dirección del Trabajo de Chile. (2024). *Protección a la maternidad. Guía legal*. <https://www.dt.gob.cl/portal/1629/w3-article-115705.html>
- Generali Seguros. (2024). *Baja por maternidad y paternidad en España: Duración y normativa*. <https://www.generali.es/blog/generalimasqueseguros/baja-maternidad-paternidad-permiso-cuanto-dura/>
- Grupo EM Gestión. (2024). *Maternidad y paternidad en 2024: Todo lo que necesitas saber*. <https://grupoemgestion.com/duracion-de-la-baja-por-maternidad-y-paternidad-en-2024-todo-lo-que-necesitas-saber/>
- Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía. (2025). *Información institucional y servicios*. Recuperado de <https://www.obaldia.sld.pa/>
- MillionBooks.org. (2024). *Ethical considerations in documentary research*. <https://www.millionbooks.org/read-area/preview/knowledge-hub/documentary-filmmaking/ethical-considerations-in-documentary-filmmaking/db06c3eb-e7a8-4c97-a4d0-3edb9676bd65/>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú. (2021). *Plan Nacional de Derechos Humanos 2018–2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minjus/noticias/483031>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2020). *Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer*. <https://panama.unfpa.org>

- Ministerio de Salud de Panamá. (2023). Cuadro 30. Consultas y cobertura de atención a prenatales en la República de Panamá, según provincia y distrito. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/cuadro_30._consulta_y_cobertura_de_atencion_a_prenatales_en_la_republica_de_panama_segun_provincia_y_distrito.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá. (2023). Análisis de situación de salud con énfasis en mortalidad. Dirección Nacional de Planificación en Salud. Recuperado de MINSA.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2024). Análisis de situación de salud de la región de Chiriquí. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/13_nov_asis_chiriqui_actualizado_region_de_salud_de_cchiriqui_18_de_noviembre_2024.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá. (2024). Análisis de situación de salud de la comarca Ngäbe Buglé. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/ppt_nogbe_asis_2024_region_de_salud_de_ngabe_bugle.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá. (2024). Análisis de situación de salud de la región de Bocas del Toro. https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/resumen_b_del_t_asis_2024_bocas_del_toro.pdf
- Ministerio de Salud de Panamá. (2024). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Regional 2024 – Chiriquí*. <https://www.minsa.gob.pa>
- Ministerio de Salud de Panamá. (2025). *Resumen del ASIS Región de Salud Chiriquí 2025*. Departamento de Planificación. Recuperado de

- https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/resumen_chiriqui_asis_2024_region_de_salud_de_chiriqui.docx
- Panamcham. (2023, 22 de marzo). *Programa Mamás Seguras apoya a fortalecer la salud materna infantil en Ngäbe Buglé*. Recuperado de <https://panamcham.com/es/programa-mamas-seguras-apoya-fortalecer-la-salud-materna-infantil-en-ngabe-bugle>
- QuestionPro. (2025). *Técnicas de recolección de datos: Qué son y cuáles existen*. <https://www.questionpro.com/blog/es/tecnicas-de-recoleccion-de-datos/>
- ResearchProspect. (2024). *A quick guide on Boolean operators with examples*. <https://www.researchprospect.com/a-quick-guide-on-boolean-operators/>
- Secretaría de Salud. (2016). *NOM-007-SSA2-2016: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio*. <https://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- STROBE Initiative. (2024). *STROBE checklist for observational studies*. <https://www.strobe-statement.org/checklists/>
- TUTFG. (2025). *Categorías de análisis variables: ¿Cómo puedes definir las?*. <https://tutfg.es/categorias-de-analisis-variables/>
- UNFPA Brasil. (2024). *Painel de indicadores de mortalidade materna e infantil*. <https://brasil.unfpa.org>
- UNFPA Panamá. (2023). *Revisión nacional de la salud materna en contextos indígenas y rurales*. <https://panama.unfpa.org/es/news/revision-nacional-de-la-salud-materna-en-contextos-indigenas-y-rurales>

UNICEF. (2023). *Every Newborn Action Plan Progress Report 2023*.

<https://www.unicef.org/reports/every-newborn-progress-report-2023>

UNICEF, OMS, Banco Mundial, & ONU. (2020). *Una tragedia descuidada: La carga mundial de mortinatos*.

<https://www.unicef.org/media/76586/file/Stillbirths-2020-Lancet.pdf>

World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs*. <https://iris.who.int/handle/10665/376869>

CAPÍTULO VII
ANEXOS

7 Anexos

Anexo 1

Declaración Strobe

Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales.

Tabla 1. *Declaración STROBE: lista de puntos esenciales que deben describirse en la publicación de estudios observacionales.*

Título y resumen	Punto	Recomendación
	1	(a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual. (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado.
Introducción. Contexto/fundamentos Objetivos	2 3	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica. Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis pre especificada.
Métodos Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio.
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos.
Participantes	6	a. Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los

<p>Variables</p> <p>Fuentes de datos/medidas</p> <p>Sesgos</p>		<p>métodos de seguimiento. Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles.</p> <p>Proporcione las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes.</p> <p>(b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso.</p> <p>Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto.</p> <p>Si procede, proporcione los criterios diagnósticos</p> <p>Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida.</p> <p>Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo.</p> <p>Explique cómo se determinó el tamaño muestra.</p>
	7	<p>Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué.</p>
	8	<p>(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión. (b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones. (c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data). (d) Estudio de cohortes:</p>

<p>Tamaño muestral</p> <p>VARIABLES CUANTITATIVAS</p> <p>MÉTODOS ESTADÍSTICOS</p>	<p>10</p> <p>11</p>	<p>si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles.</p> <p>(b) Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo (e) Describa los análisis de sensibilidad.</p>
<p>Resultados participantes</p> <p>Datos descriptivos</p> <p>Datos de las variables de resultado</p>	<p>12</p> <p>13</p> <p>14</p>	<p>A) Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados. (b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase. (c) Considere el uso de un diagrama de flujo.</p> <p>A) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión. (b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés. (c) Estudios de cohortes: resuma el período de seguimiento (p. ej., promedio y total).</p> <p>Estudios de cohortes: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen.</p>

Resultados principales	15	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos. (b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos. (c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante.
Otros análisis	16	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad).
Discusión		
Resultados clave	17	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio.
Limitaciones.	18	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo.
Interpretación	19	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes.
Generabilidad	20	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa).
Otra información Financiación	21	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo.

Anexo 2

Glosario de términos

Término	Definición académica	Fuente referencial
Control prenatal	Evaluaciones clínicas, psicosociales y educativas durante el embarazo para prevenir complicaciones y asegurar el bienestar materno-fetal.	OMS, 2016.
Intervenciones preventivas	Acciones estratégicas destinadas a anticipar riesgos y mejorar resultados de salud antes de que ocurran, especialmente en poblaciones vulnerables.	Olea-Ramírez <i>et al.</i> , 2024.
Mortalidad perinatal	Muerte fetal desde la semana 22 de gestación hasta los primeros siete días de vida neonatal. Indicador sensible del acceso y calidad en salud obstétrica.	OPS & OMS, 2014.
Salud maternoinfantil	Área interdisciplinaria enfocada en la salud física, mental y social de madres y niños desde la concepción hasta la infancia temprana.	UNICEF, 2023.
Promoción de la salud	Proceso participativo que permite a las personas mejorar el control sobre su salud	OMS, 2024.

Término	Definición académica	Fuente referencial
	mediante educación, prevención y políticas públicas inclusivas.	
Visitas domiciliarias	Estrategia que consiste en el seguimiento presencial en el hogar para fortalecer el control prenatal, prevenir riesgos y facilitar la adherencia al cuidado.	Tough <i>et al.</i> , 2006.
Vigilancia comunitaria	Sistema participativo de monitoreo en salud donde las comunidades detectan, informan y abordan eventos adversos como muertes maternas o perinatales.	Chávez & Herrera, 2024.
Servicios de salud reproductiva	Conjunto de intervenciones médicas, educativas y sociales para garantizar el derecho a una reproducción segura y saludable.	Gobierno de México, 2016; OMS, 2024.
Prevención de riesgos obstétricos	Identificación temprana y abordaje integral de factores como hipertensión, infecciones o hemorragias que pueden complicar el embarazo o el parto.	Ticona Rendón <i>et al.</i> , 2011; WHO TAG, 2024.

Anexo 3

Formulas de búsquedas

("Perinatal Mortality"[Mesh]) AND "Primary Care Nursing"[Mesh].

("Primary Care Nursing/mortality"[Mesh]) AND "Perinatal Death/prevention and control"[Mesh].

("Primary Care Nursing"[Mesh]) AND "Health Communication"[Mesh].

("Primary Care Nursing"[Mesh]) AND "Perinatal Mortality"[Mesh].

("Primary Care Nursing"[Mesh]).

("Primary Nursing"[Mesh]) AND "Maternal Health Services"[Mesh].

("Perinatal Mortality"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh].

((("Perinatal Mortality"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh].

("Public Health"[Mesh]) AND "Perinatal Death"[Mesh].

("Perinatal Mortality"[Mesh]) AND "Cause of Death"[Mesh].

("History"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh].

("Perinatal Death"[Mesh]) AND "Public Health Surveillance"[Mesh].

("Primary Health Care"[Mesh]) AND "Perinatal Death"[Mesh].

("Prenatal Care"[Mesh]) AND "History"[Mesh].

("Health Impact Assessment"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh].

("Primary Care Nursing"[Mesh]) AND "Prenatal Care"[Mesh].

ANEXO 5

Resultados de la valoración de la calidad metodológica, según estudio de investigación

Estudio	Información del artículo (Autor, año, país, número de referencia) Introducción, resumen, fundamentos y objetivos	Métodos del diseño del estudio contextos y variables	Fuentes de datos medidas. Tamaño muestral y métodos estadísticos	Resultados	Discusión e interpretación	Total, del puntaje
Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal.						No aplica
Efectos de diferentes estrategias de visitas domiciliarias en la atención prenatal en el Sur de Brasil.						No aplica
Mortalidad fetal, neonatal y perinatal en un Hospital de Ginecoobstetricia. Revisión de 35 año.	5	5	5	5	5	25
La mortalidad perinatal en un Hospital General.						No aplica

Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú.						No aplica
Atención primaria y mortalidad maternoinfantil en Iberoamérica.	5	5	5	5	5	25
Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal.	5	5	5	5	5	25
Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un Hospital Público de Santiago, Chile. (Original)	5	5	5	5	5	25
						No aplica
Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, Hospital de Caldas, 2009-2011.	5	5	5	5	5	25

Mortalidad perinatal en el Municipio de Salvador, nordeste de Brasil: Evolución de 2000 a 2009.	5	5	5	5	5	25
Caracterización de la mortalidad perinatal en Manizales, Colombia, 2009-2012.	5	5	5	5	5	25
Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia.	5	5	5	5	5	25
Mortalidad perinatal y neonatal temprana en la Clínica Universitaria Colombia. Análisis de las cohortes 2012 y 2013.	5	5	5	5	5	25
Factores sociodemográficos y adecuación de la mortalidad perinatal asociada a la atención prenatal en mujeres embarazadas colombianas.	5	5	5	5	5	25
Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo	5	5	5	5	5	25

(Colombia).						
Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal.	5	5	5	5	5	25
Barreras de acceso y calidad en el control prenatal.	5	5	5	5	5	25
Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Méderi, 2010-2011.	5	5	5	5	5	25
Factores asociados con la mortalidad perinatal entre los partos de salud pública en Addis Abeba, Etiopía, un estudio de casos y controles sin igual.	5	5	5	5	5	25
Accesibilidad geográfica al cuidado obstétrico y neonatal y su efecto en la mortalidad neonatal temprana en Colombia	5	5	5	5	5	25

2012-2014.						
Muertes perinatales prevenibles mediante la intervención del sistema único de salud de Brasil.	5	5	5	5	5	25
Aspectos intraurbanos de la mortalidad perinatal: Modelo para identificación de áreas prioritarias.	5	5	5	5	5	25
Estrategia para la disminución de la mortalidad perinatal en el Departamento del Cauca, 2010-2018.	5	5	5	5	5	25
Identificación de factores de riesgo de muerte perinatal en el Hospital del Distrito de Tororo, Uganda: Un estudio de casos y controles.	5	5	5	5	5	25

Patrón espacial de la mortalidad perinatal y sus determinantes en Etiopía: Datos de la encuesta demográfica y de salud de Etiopía 2016.	5	5	5	5	5	25
Mortalidad evitable en la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal, Colombia, 2017 y 2018.	5	5	5	5	5	25

Anexo 7
Matriz de análisis documental

Categoría					
Subcategorías					
N°	Título de la Publicación	Autor (es)	Año	Objetivo	Metodología

Anexo 8
Matriz de triangulación de análisis desde la revisión documental y los referentes teóricos

Categoría	subcategoría	Indicadores / Unidad de análisis	Desde la revisión documental	Desde el referente teórico/conceptual

Anexo 9**Matriz del tratamiento de la información**

Título de la publicación	Nombre de los autores	Objetivo general del artículo	Metodología	Categorías y códigos repetitivos	Citas textuales según las categorías y códigos repetitivos