

Main barriers limiting access to prenatal care **Principales barreras que limitan el acceso a la atención prenatal**

Autores:

Llango-Vásquez, Paola Lizbeth
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Estudiante Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería.
Ambato – Ecuador



pllango1378@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0004-0361-5198>

Dra. Guarate-Coronado Yeisy Cristina
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Licenciada en Enfermería
Magíster en Enfermería en Salud Reproductiva
Dra. en Enfermería en Salud y Cuidado Humano
Docente Tutor del área de Ciencias de la Salud
Ambato – Ecuador



yc.guarate@uta.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0002-0453-2982>

Fechas de recepción: 19-MAY-2025 aceptación: 19-JUN-2025 publicación: 30-JUN-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>

<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

Introducción: El control prenatal es importante para la identificación de complicaciones en la diada materno – fetal, sin embargo, pueden existir barreras que limiten el acceso al mismo.

Objetivo: Identificar las barreras que limitan el acceso a la atención prenatal. Metodología. Investigación documental, de revisión sistemática, la población fue de 854 artículos publicados entre el 2019 al 2024. La muestra fue de 45 documentos publicados en inglés y español y de acceso abierto. Se excluyeron los artículos duplicados, e incompletos. La recolección de la información se realizó en una matriz de Excel y el enfoque PRISMA para su posterior análisis y discusión. **Resultados:** La escasez de recursos económicos, desempleo, las largas distancias desde el domicilio al centro de salud, la escasez de transporte público y la utilización de medicina tradicional más que la medicina convencional son barreras que limitan el acceso a la atención prenatal. **Discusión:** Las embarazadas con ingreso económico bajo, poca accesibilidad geográfica, tienen limitaciones para la atención lo que provoca que opten por utilizar la medicina tradicional basada en sus costumbres y creencias más que la medicina tradicional, por la falta de acceso a la misma. **Conclusión.** Las barreras que limitan el acceso a la atención prenatal son socioeconómicas, geográficas y culturales; por lo tanto, se necesita conocer y trabajar en las mismas para mejorar el acceso a la atención, de modo de detectar riesgos y complicaciones prevenibles.

Palabras clave: Salud materna; embarazo; atención prenatal; mortalidad materna; equidad en salud



Abstract

Introduction: Prenatal care is important for identifying complications in the maternal-fetal dyad; however, there may be barriers that limit access to it. **Objective:** To identify the barriers that limit access to prenatal care. **Methodology.** Documentary research, a systematic review, the population was 854 articles published between 2019 and 2024. The sample was 45 documents published in English and Spanish and open access. Duplicate and incomplete articles were excluded. Information collection was carried out in an Excel matrix and the PRISMA approach for subsequent analysis and discussion. **Results:** The scarcity of economic resources, unemployment, long distances from home to the health center, the shortage of public transportation and the use of traditional medicine more than conventional medicine are barriers that limit access to prenatal care. **Discussion:** Pregnant women with low incomes and limited geographic accessibility face limitations in accessing care, which leads them to opt for traditional medicine based on their customs and beliefs rather than traditional medicine due to lack of access. **Conclusion:** The barriers that limit access to prenatal care are socioeconomic, geographic, and cultural; therefore, it is necessary to understand and address these barriers to improve access to care and to detect preventable risks and complications.

Keywords: maternal health; pregnancy; prenatal care; maternal mortality; health equity



Introducción

El embarazo comprende un proceso fisiológico complejo, que, por lo general, avanza sin ningún tipo de complicación. Sin embargo, es muy probable que se generen situaciones que amenacen la salud y la vida tanto de la madre como del feto (binomio madre-hijo) en poblaciones vulnerables, especialmente en mujeres menores de 18 años y mayores a 35 años¹. Una barrera para la atención prenatal se refiere a cualquier obstáculo que impide o dificulta que las mujeres embarazadas accedan de manera efectiva a los servicios de salud necesarios durante el embarazo. Estas barreras pueden ser de naturaleza socioeconómica, geográfica o cultural lo que conlleva a un acceso limitado a los controles prenatales².

Debido a esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el control prenatal (CPN) a través de actividades multidisciplinarias que se realizan de manera sistemática o periódica durante el embarazo, con el objetivo de prevenir, diagnosticar y tratar de manera oportuna las posibles complicaciones, reduciendo así la morbilidad materna y perinatal¹. A pesar de los avances y las propuestas que se plantean a nivel mundial, la muerte de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio sigue siendo un problema grave a nivel mundial. La OMS, revela que más de 830 mujeres fallecen por causas relacionadas al periodo de gestación, parto y puerperio; en el año 2015 se registraron unas 303.000 muertes, la mayoría de ellas ocurrieron en países con bajos ingresos económicos. Así mismo, en el año 2020, alrededor de 287,000 mujeres fallecieron, principalmente en países en desarrollo, gran parte de estas muertes se atribuyen a complicaciones obstétricas². De igual forma, se menciona que a nivel mundial el 86% de las mujeres embarazadas acceden a la atención prenatal con personal de salud capacitado al menos una vez y solo tres de cada cinco (62%) reciben al menos cuatro visitas prenatales³.

En países como la India y Camerún, a pesar de las intervenciones nacionales en busca de una mejora de la salud materna e infantil, la mortalidad y morbilidad maternas siguen siendo altas debido a diversos factores, como la falta de acceso a la salud materna especialmente en zonas rurales, la falta de recursos en los establecimientos de salud y la poca información que poseen los habitantes de estos países⁴. En una investigación se pone en evidencia que sólo 101 mujeres, es decir, el 66,44% recibieron atención prenatal y 18 mujeres (11,8%) recibieron atención posparto en al menos tres o cuatro visitas^{4,5}. Entre las causas se encuentran la



percepción del embarazo como un estado natural que no requiere atención médica, la falta de información sobre el momento adecuado para reservar la primera cita, y la desinformación de familiares y parejas. Además, la percepción de mala calidad de los servicios, la escasez de personal especializado, los costos elevados, una comunicación ineficaz, las dificultades geográficas para acceder a los centros de salud, y la falta de apoyo familiar y comunitario contribuyentes a este retraso⁶.

Por otro lado, los factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina, son el bajo nivel educativo, el desempleo, la dedicación exclusiva al hogar, la falta de recursos económicos y la ubicación geográfica desfavorable. Además, factores sanitarios como la baja calidad de los servicios, las barreras de acceso y la falta de recursos en los sistemas de salud también contribuyen a esta problemática. La falta de control prenatal se asocia directamente con complicaciones obstétricas como infecciones, anemia, hipertensión, hemorragias, bajo peso al nacer, prematuridad y desgarros perineales^{7,8}. En consecuencia, estas limitaciones refuerzan la necesidad de mejorar tanto la accesibilidad como la calidad de los servicios prenatales, especialmente en zonas rurales y en poblaciones vulnerables, con el fin de reducir las complicaciones obstétricas y mejorar los resultados materno-infantiles⁸.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue identificar las principales barreras que limitan el acceso a la atención prenatal, para proporcionar evidencia científica sólida que sirva como base en el desarrollo de programas y políticas centrados en las necesidades reales de las mujeres embarazadas, especialmente en poblaciones vulnerables como mujeres adolescentes, indígenas, rurales o de bajos recursos. Como se ha mencionado anteriormente, el sistema de salud desempeña un papel fundamental en asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso adecuado a servicios de salud en términos de cantidad y calidad. Es esencial proveer los recursos necesarios para mejorar este acceso y permitir que las mujeres con complicaciones maternas graves puedan tener un mayor control sobre su salud⁷.

En Ecuador, se debe aplicar la guía de práctica clínica de control prenatal, la cual recomienda que el primer control se realice desde el primer trimestre del embarazo, cada mes hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto⁹. El Ministerio de Salud Pública también implementó la Normativa ESAMyN (Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del

Niño) como una adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) de la OMS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el que se busca una mejoría en la calidad de atención en salud materna y neonatal con un enfoque integral, permitiendo la disminución de la violencia obstétrica ¹⁰. Todos estos elementos son esenciales para proporcionar una atención de calidad a la embarazada minimizando los riesgos y complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio ¹¹.

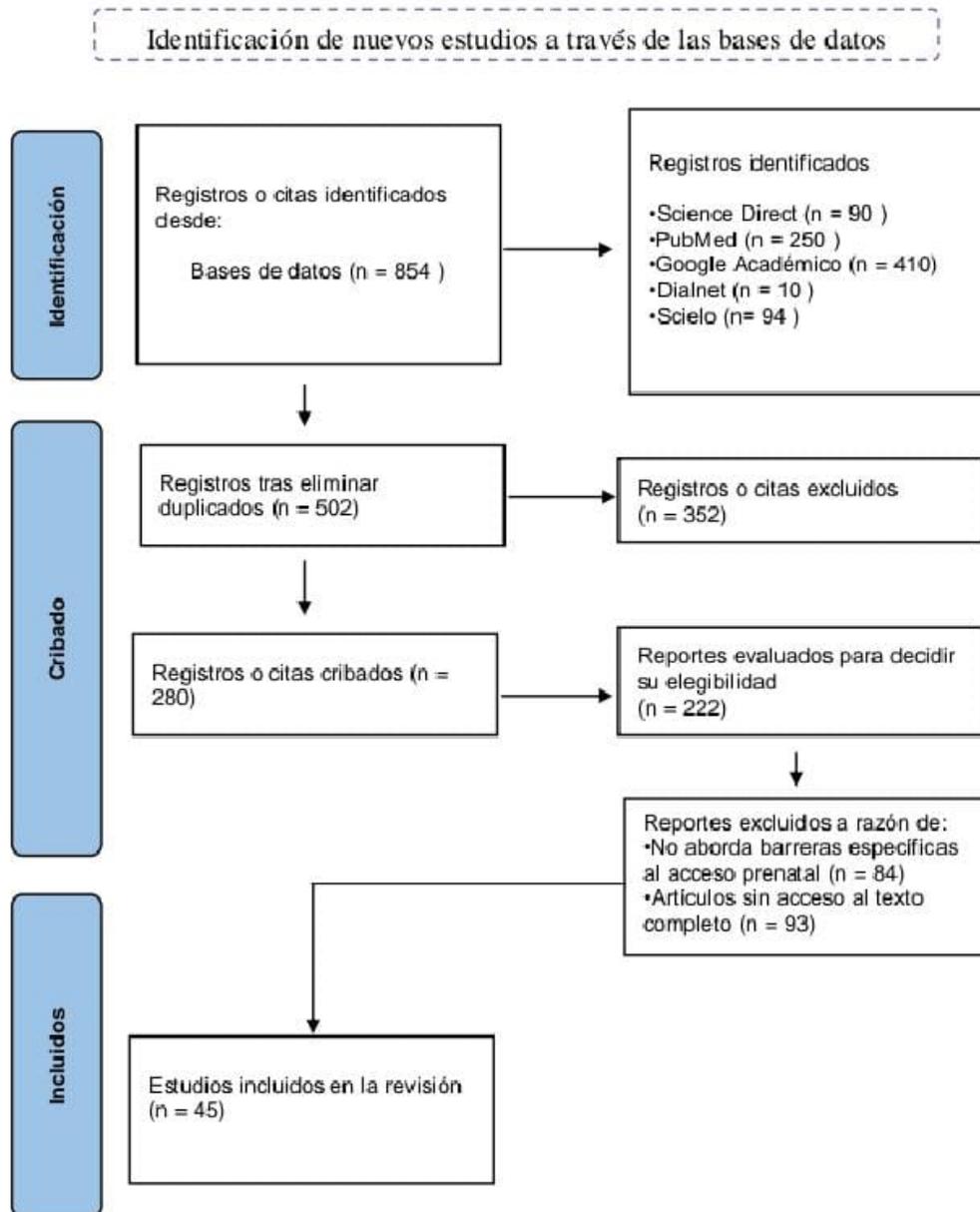
Material y métodos

Investigación de tipo documental, de revisión sistemática, donde se sintetizaron de manera precisa, clara y confiable la evidencia más relevante y actual para responder a la pregunta de investigación ¿Cuáles son las principales barreras que limitan el acceso a la atención prenatal? La población de estudio fue de 854 artículos publicados entre el año 2019 al 2024. Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los artículos publicados en idiomas inglés y español y de acceso abierto. Se excluyeron los artículos duplicados, incompletos o cuyo contenido no eran específicos a mujeres embarazadas, quedando una muestra de 45. La búsqueda, recolección y selección de la información se desarrolló y se sustentó en tres pasos, el primero consistió en revisar las bases de datos donde se realizó la búsqueda, en el segundo paso se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, y el tercero consistió en la lectura crítica de las fuentes bibliográficas identificadas para dar respuestas a la pregunta de investigación ¹².

Los términos claves utilizados fueron salud materna, embarazo, atención prenatal, mortalidad materna, equidad en salud, extraídas de Medical Subject Headings (MeSH) - Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSC), los cuales se combinaron con los operadores booleanos AND, OR, NOT. La búsqueda fue realizada en Google Académico, PubMed, Dialnet, Scielo, Science Direct. La recolección de los artículos seleccionados se realizó en una matriz de Excel y el enfoque PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis), utilizado para la selección, identificación e inclusión de documentos relevantes acerca del tema de investigación ^{13,14}. Además, se respetó la autoría de los documentos consultados.

Figura 1

Diagrama de flujo que describe el proceso de búsqueda, parámetros de exclusión y total de artículos utilizados para el análisis de resultados.



Fuente: Autoría propia

Resultados

La búsqueda en las diferentes bases de datos resultó en la obtención de 854 artículos. Tras la eliminación de los duplicados, 502 artículos pasaron a la fase de análisis. En la primera fase, se revisaron los títulos y 280 artículos pasaron a la segunda fase. En esta segunda fase, se revisaron los resúmenes de los artículos y se excluyeron los que no se ajustaban al alcance del estudio. En el tercer paso, se evaluó el texto completo de los artículos restantes y se seleccionaron 45 artículos para el análisis final, de los cuales, 21 artículos se encontraron en PubMed, 8 en Google académico, 11 en SciELO, 4 en Dialnet y 1 en Science Direct, el proceso de selección de artículos se describe a través de un diagrama de flujo PRISMA. De los artículos seleccionados, 20 (61.5%) se centraron en las barreras socioeconómicas, 13 (18.4%) en las barreras geográficas y 12 (20.1%) en las barreras culturales^{14,15}.

Figura 2

Identificación de tres barreras principales para la utilización de los servicios de atención prenatal.

| Principales barreras | Factores que intervienen |
|---|---|
| Barreras socioeconómicas 18 artículos (61.5%) | <ul style="list-style-type: none"> • Costos indirectos: transporte y pérdida de ingresos • Ausencia o insuficiencia de seguros de salud • Inseguridad laboral |
| Barreras geográficas 11 artículos (18.4%) | <ul style="list-style-type: none"> • Lugar de residencia lejano • Calidad y disponibilidad del transporte • Infraestructura vial y transporte público |
| Barreras culturales 12 artículos (20.1%) | <ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por servicios de salud tradicionales • Sentimiento de vergüenza y miedo • Barreras de comunicación entre paciente y personal de salud |

Fuente: Autoría propia

En la tabla N° 1 se encuentran las principales barreras socioeconómicas en un (61.5%) que destacan factores como costos indirectos, transporte y pérdida de ingresos, ausencia o insuficiencia de seguros de salud e inseguridad laboral, las barreras geográficas



representando el (18.4%) que trata acerca de la lejanía de los hogares hacia los establecimientos de salud, la disponibilidad de medios de transporte y la pobre infraestructura vial, y las barreras culturales encontradas en un (20.1%) del total de artículos, se evidencia la preferencia por servicios de salud tradicionales, el sentimiento de vergüenza, miedo y los obstáculos que dificultan el intercambio de información clara y efectiva entre paciente y personal de salud.

Discusión

El sistema de salud desempeña un papel fundamental en asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso adecuado a servicios de salud en términos de cantidad y calidad. Es esencial proveer los recursos necesarios para mejorar este acceso y permitir que las mujeres con complicaciones maternas graves puedan tener un mayor control sobre su salud ¹⁶. Tras el análisis de las diferentes investigaciones se evidenció que las barreras en el acceso y calidad del control prenatal, como el estatus socioeconómico, ubicación geográfica y factores culturales, afectan principalmente a mujeres en países en desarrollo. Por lo que, las comunidades rurales, especialmente en Latinoamérica, enfrentan mayores dificultades por la falta de educación, recursos económicos y acceso a servicios de salud, lo que aumenta la mortalidad ¹⁷.

De acuerdo a los estudios y los datos recopilados de los 45 artículos a nivel mundial, se encontró que las barreras al acceso y calidad del control prenatal son diversas y significativas. Entre ellas, destacan el estatus socioeconómico, la ubicación geográfica, y las barreras culturales, que limitan la asistencia oportuna de las mujeres embarazadas a los chequeos. Por ende, esto se refleja en altas tasas de mortalidad materna y morbilidad, especialmente en países en desarrollo, donde la falta de recursos, desinformación y percepciones culturales contribuyen a que muchas mujeres no reciban la atención necesaria ¹⁸.

Principales barreras que limitan el acceso a la atención prenatal

Barreras socioeconómicas:

Las principales barreras socioeconómicas son la falta de ingresos, puesto que las mujeres con menores recursos económicos tienen dificultades para costear el transporte y los servicios médicos y muchas veces carecen de información adecuada sobre la importancia de los



chequeos prenatales¹⁸. Además, aquellas que no cuentan con seguro médico o viven en situación de desempleo presentan una mayor probabilidad de no realizarse los controles necesarios, lo que incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo¹⁹. El gasto en transporte hacia los centros de salud especialmente en áreas rurales o periferias urbanas donde la distancia y el mal estado de las vías incrementan el costo y el tiempo de viaje. Muchas mujeres deben sacrificar jornadas laborales (y por tanto ingresos) para asistir a consultas, lo que desincentiva la asistencia regular, sobre todo en empleos informales sin licencia remunerada²⁰.

En América Latina, el 25 % de las gestantes carece de un seguro que cubra los servicios prenatales, lo que se traduce en un inicio tardío de la atención (después de las 20 semanas) y menor número de visitas. Al igual que en América del Norte, las mujeres residentes o inmigrantes indocumentadas quedan excluidas de programas públicos de seguro Medicaid o seguro privado tienen un 50 % más de probabilidades de no recibir atención prenatal durante el primer trimestre. Estas barreras legales y administrativas agravan las disparidades socioeconómicas, concentrando la falta de atención en poblaciones ya vulnerables²¹. La ausencia de políticas laborales que garanticen licencias remuneradas para controles prenatales o restricciones horarias flexibles obliga a las trabajadoras a elegir entre cuidar su salud y mantener sus ingresos. En varios estudios, las mujeres empleadas informalmente reportan mayor dificultad para acudir a citas, ya que el tiempo fuera del trabajo significa pérdida directa de salarios diarios²²

Barreras geográficas:

Es evidente que la ubicación geográfica sigue siendo un determinante crítico en el acceso a la atención prenatal, ya que las mujeres que viven en zonas alejadas de los centros de salud están en desventaja no solo por la distancia, sino también por la falta de infraestructura y recursos que faciliten su acceso a los servicios. En algunos casos las embarazadas tardan en llegar en un tiempo estimado de media hora como mínimo hacia el establecimiento de salud más cercano, razón por la cual, inician tarde los controles o no asisten, en comparación a las que residen cerca de un centro de salud, hospital o clínica. Por tal motivo, esto es una llamada de atención para que los gobiernos inviertan más en mejorar el alcance de la atención médica en áreas rurales²³. Debido a que, en áreas rurales, el transporte público es escaso o

inexistente, y las malas condiciones de las carreteras aumentan tanto el tiempo como el costo del viaje¹⁷. El mal estado de caminos y carreteras en estas zonas incrementa hasta en un 50 % el tiempo de traslado, provocando la cancelación del 28 % de citas durante la temporada de lluvias. La falta o irregularidad del transporte público en comunidades remotas obliga a dependencias de rutas escasas, lo que hace inviable el desplazamiento regular¹⁸.

Barreras culturales:

En muchas comunidades, las creencias culturales y la falta de información sobre la importancia del control prenatal juegan un papel fundamental en la baja asistencia a los servicios de salud, pues en algunos casos, el embarazo es visto como un proceso natural que no requiere intervención médica, y las tradiciones locales pueden desalentar el uso de atención profesional. Asimismo, la influencia de familiares o parejas que minimizan la necesidad de atención prenatal también constituye un obstáculo. Con lo cual, para superar estas barreras, es decisivo desarrollar campañas educativas culturalmente sensibles que promuevan la importancia de los cuidados prenatales y adapten los servicios de salud a las costumbres y creencias locales, que garanticen una comunicación efectiva entre el personal médico y las comunidades²⁴.

Las barreras culturales influyen notoriamente en la utilización de los servicios prenatales, se dice que, en algunas comunidades indígenas y rurales, las prácticas tradicionales pueden presentar ciertas diferencias con la atención médica, generando desconfianza hacia los profesionales de la salud²⁵. La falta de sensibilidad cultural en la prestación de servicios obstétricos puede hacer que muchas embarazadas prefieran acudir a parteras tradicionales en lugar de centros de salud²⁴, pese a su reconocido prestigio y la confianza que les otorga su posición comunitaria, carecen con frecuencia de la formación profesional necesaria, lo que las conduce a realizar prácticas de alto riesgo y a contribuir a tasas elevadas de complicaciones y muertes evitables Su intervención ocurre muchas veces en ausencia de supervisión médica o equipamiento adecuado, incrementando el peligro de resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido. Aunque cumplen un papel esencial en zonas rurales donde el acceso a profesionales sanitarios es limitado, la falta de

estandarización en sus conocimientos y procedimientos puede agravar el estado de salud materna y neonatal²⁵.

Por otro lado, en cuanto a la perspectiva de las pacientes, manifiestan que aquellas actividades como colocarse una inyección podría empeorar su estado de salud, es por eso que muchas de las veces prefieren optar por tratamientos tradicionales que consisten en el consumo de ciertas plantas medicinales para aliviar los dolores abdominales, fiebre, dolor de cabeza, entre otros síntomas, antes que acudir a un hospital. Esta costumbre de recurrir primero a remedios y prácticas tradicionales ha provocado que muchas mujeres retrasen la búsqueda de atención materna en el sistema de salud formal, optando por dar a luz en casa y sólo acudir al centro sanitario si surgen complicaciones durante el parto²⁶. Así mismo la falta de empatía cultural y de habilidad para adaptar el lenguaje médico al contexto de las mujeres origina malentendidos o experiencias negativas. Cuando los profesionales no dominan la lengua nativa o desconocen las convenciones culturales, las pacientes se sienten incomprendidas y desmotivadas para regresar a los establecimientos de salud, reduciendo así, la cobertura en cuanto a la atención prenatal^{16,18}.

En base a lo investigado, las prácticas tradicionales ejercen una gran influencia, sobre todo en lo que concierne a los recién nacidos. Cuando un bebé presenta convulsiones que en realidad podrían derivar de enfermedades que requieren tratamiento inmediato como una neumonía grave o de malaria, la madre no lo interpretará como malaria, sino que lo considerará “nyun i” (los Mijikenda lo describen como convulsiones asociadas a enfermedades atribuidas a la brujería) y buscará remedios tradicionales. Sin embargo, la fiebre real y el trastorno que describe la madre son dos fenómenos distintos. Mientras el niño recibe atención de un curandero, su condición empeora y, en ocasiones, fallece antes de llegar a un hospital²⁷.

Numerosos estudios en distintos países han investigado la relación entre el riesgo materno-fetal y la puesta en marcha de programas de control prenatal (CPN) de alta calidad, orientados a optimizar el uso de la atención antes del parto. Los resultados indican que la atención prenatal insuficiente es más común en mujeres consideradas de alto riesgo como adolescentes menores de 20 años, aquellas de bajos ingresos, con escasa escolaridad o pertenecientes a minorías étnicas y que dicho descuido se vincula a un mayor índice de nacimientos



prematuras, óbito fetal, fallecimiento neonatal tardío y mortalidad materna. También se observó que factores como la precariedad socioeconómica, la distancia al centro de salud, el bajo nivel educativo y el hecho de ser madre cabeza de familia aumentan significativamente la probabilidad de complicaciones perinatales²⁸.

Impacto de las barreras que limitan el acceso a la atención prenatal

La mortalidad materna es un indicador clave del desarrollo de un país, según la OMS, cada día, 830 mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo y el parto²⁹. Desde la perspectiva del sistema de salud, la falta de acceso a controles prenatales genera costos más altos debido al tratamiento de complicaciones graves que podrían haberse prevenido, además de una mayor saturación de los servicios de emergencia obstétrica³⁰. Las principales barreras que contribuyen a este problema incluyen factores económicos, como la falta de recursos para pagar consultas, exámenes o transporte; geográficos, como la lejanía de los servicios de salud en zonas rurales o remotas; culturales, debido a creencias y normas que desalientan el uso de servicios médicos; y educativas, relacionadas con el desconocimiento sobre la importancia del cuidado prenatal. También se suman las deficiencias estructurales del sistema de salud, como la escasez de personal, infraestructura insuficiente o la percepción de mala calidad en los servicios³¹.

En la provincia del Guayas, el índice de mortalidad materna alcanzó los 102 por cada 100,000 nacidos vivos. Todas estas muertes ocurrieron en la Maternidad Sotomayor, ya que es el centro de referencia para casos graves. Los datos muestran que el número de controles prenatales tiene una relación directa con la reducción de la mortalidad materna. Por ejemplo, en mujeres que no realizaron ningún control prenatal, el 41% de las muertes maternas se concentraron en este grupo, mientras que aquellas que asistieron a cuatro controles registraron un 7% de fallecimientos. El porcentaje de mortalidad materna y sugiere que residir en el área urbana es una ventaja, ya que se obtiene mejor atención que las embarazadas que proceden de zonas rurales²⁹.

De igual manera, Wong, menciona que, en el Servicio Nacional de Seguro de Salud en Corea, una atención prenatal deficiente está vinculada a un mayor riesgo de complicaciones graves



en la salud de las adolescentes embarazadas. Aunque en muchas regiones del mundo se han logrado avances para prevenir estos embarazos, las complicaciones derivadas del parto continúan siendo la principal causa de muerte y de años perdidos por discapacidad entre las jóvenes de 15 a 19 años³⁰. Aquellas mujeres que no recibieron atención prenatal presentaron tasas muy altas de partos prematuros y consumo de sustancias, además de requerir estancias más prolongadas para sus recién nacidos en unidades de cuidados intensivos neonatales. La mayoría de ellas vivía en zonas donde se dependía en gran medida del transporte público, con recorridos más largos y múltiples paradas de autobús para llegar a la clínica prenatal más cercana³¹.

Se ha logrado evidenciar la repercusión significativa en la salud materna, neonatal y en el sistema de salud en general. En cuanto a la salud de las gestantes, la falta de atención prenatal adecuada incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones y hemorragias, además de retrasar la detección de problemas de salud preexistentes o emergentes, como hipertensión o anemia. Esto puede derivar en un aumento de la mortalidad materna, especialmente en comunidades vulnerables³². Para los recién nacidos, la ausencia de atención prenatal eleva las probabilidades de desarrollar bajo peso al nacer, malformaciones, partos prematuros enfermedades metabólicas, infecciones y una mayor mortalidad neonatal³³. Por otra parte, el estrés y la ansiedad que experimentan las gestantes ante la incertidumbre sobre la salud del embarazo pueden tener un impacto psicosocial significativo, generando mayores niveles de angustia emocional y perpetuando desigualdades en salud³⁴.

Los resultados de la atención de la investigación muestran con claridad que el acceso a la prenatal está profundamente influenciado por factores estructurales y sociales. Por lo cual, es preocupante cómo las desigualdades socioeconómicas y regionales afectan a las mujeres embarazadas, especialmente en áreas rurales y de bajos ingresos, limitando su capacidad para recibir atención adecuada. Asimismo, esto pone en riesgo su salud y la del feto, lo que perpetúa un ciclo de vulnerabilidad y desigualdad en estas comunidades³⁵. La situación en comunidades indígenas y rurales exponen una relevancia profunda en la cobertura de los servicios de salud, una realidad que revela fallos en las políticas públicas y en la capacidad de los sistemas sanitarios para adaptarse a las necesidades de estos grupos³⁶. A pesar de los



esfuerzos gubernamentales, las barreras culturales, geográficas y económicas siguen siendo una constante que impide a muchas mujeres recibir un control prenatal oportuno. Por lo que, es importante que los sistemas de salud consideren estas particularidades y adapten sus servicios a las realidades locales³⁷.

Otro aspecto preocupante es la escasa sensibilización sobre la importancia del control prenatal en muchas comunidades, lo que refleja un fallo tanto en la educación sanitaria como en la comunicación efectiva entre los sistemas de salud y las mujeres embarazadas³⁸. Es así que, la falta de información y la normalización de la ausencia de cuidados médicos durante el embarazo son factores que deben ser abordados con urgencia para mejorar los indicadores de salud materna³⁹. La investigación pone en evidencia que la desigualdad social y económica se traduce directamente en desigualdades en salud, puesto que las políticas de salud pública deben priorizar una distribución más equitativa de los recursos y servicios, garantizando que las mujeres más vulnerables reciban la atención que necesitan para tener embarazos seguros. Para avanzar, se requiere un enfoque integral que aborde estas brechas desde múltiples frentes: educación, infraestructura y sensibilización cultural⁴⁰. La evidencia recopilada también muestra que las inequidades en el acceso a la atención prenatal tienen un impacto directo en las tasas de mortalidad materna y neonatal⁴¹. Las mujeres que no reciben controles prenatales adecuados tienen mayores probabilidades de presentar partos prematuros, bajo peso al nacer y complicaciones obstétricas graves. Esto también se traduce en un mayor uso de los servicios de emergencia y un aumento en los costos para los sistemas de salud⁴⁰.

Conclusiones

Se ha confirmado que existen desigualdades notorias, en cuanto al nivel económico, se evidencio que aquellas mujeres con menor nivel de educación y de ingresos corren un riesgo mayor de inicio tardío y un bajo número de visitas en la atención prenatal⁴². De igual manera, la accesibilidad geográfica es un determinante principal, debido a que, las embarazadas tardaron alrededor de media hora en llegar a un establecimiento de salud más cercano, aparte del costo del transporte, las dificultades y la desmotivación luego de largas horas de viaje. Una estrategia clave consiste en ampliar el alcance de los servicios mediante unidades



móviles de atención, desplegar vehículos de respuesta médica de emergencia y fomentar iniciativas de telemedicina para los chequeos periódicos⁴³. Durante la pandemia de COVID-19, estas alternativas han cobrado especial relevancia al minimizar el riesgo de contagio y sortear las restricciones de movilidad impuestas en distintos territorios. Adicionalmente, la telemedicina permitió mantener la continuidad de la atención prenatal desde entornos remotos, aprovechando tecnologías de videoconferencia y monitorización a distancia, lo que redujo significativamente la necesidad de desplazamientos presenciales y mejoró la seguridad tanto de pacientes como de profesionales de la salud⁴⁴. Se observó que, aunque las personas que pertenecen a diferentes comunidades recurren con regularidad al sistema de salud oficial, las prácticas y creencias socioculturales continúan determinando cuándo y dónde buscan atención médica durante el embarazo, el parto y el posparto. Esto se explica por la percepción generalizada de que las enfermedades son provocadas por espíritus malignos, por lo que se considera que los remedios tradicionales son los más adecuados para contrarrestarlos. Como consecuencia, la búsqueda de cuidados basada en las tradiciones se ha normalizado⁴⁵.

Referencias bibliográficas

1. Ruiz A., García I. (2020). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. 4(7):74–96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407733>
2. Milkowska-Shibata MA., Aye TT., Yi SM., Oo KT., Khaing K., Than M, et al. (2020). Understanding barriers and facilitators of maternal health care utilization in central Myanmar. *Int J Environ Res Public Health*. 17(5):1464. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051464>
3. Reis-Muleva, B., Duarte, L. S., Silva, C. M., Gouveia, L. M. R., & Borges, A. L. V. (2021). Antenatal care in Mozambique: Number of visits and gestational age at the beginning of antenatal care. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4964.3481>
4. Sarikhani, Y., Najibi, S. M., & Razavi, Z. (2024). Key barriers to the provision and utilization of maternal health services in low-and lower-middle-income countries; a scoping review. *BMC Women S Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03177-x>



5. Barros L, Velasco E. (2021) “Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas.” <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32575>
6. Harsono, A. a. H., Bond, C. L., Enah, C., Ngong, M. G., Kyeng, R. M., Wallace, E., Turan, J. M., Szychowski, J. M., Carlo, W. A., Ambe, L. N., Halle-Ekane, G., Muffih, P. T., Tita, A. T. N., & Budhwani, H. (2024). Structural barriers to maternity care in Cameroon: a qualitative study. *Reproductive Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01834-w>
7. Chaska C. (2024). FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES A NIVEL NACIONAL DURANTE EL PERIODO 2021-2022 SEGÚN ENDES. *Handlenet* <https://hdl.handle.net/20.500.14138/736>
8. Guillén-Calle BE, Zagaceta-Guevara Z, Santos-Rosales YR. Motivos de abandono y ausencia de atención prenatal en mujeres en el puerperio de un hospital público del Perú. *Ginecol Obstet Mex* 2023; 91 (10): 715-722.
9. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
10. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN) – Ministerio de Salud Pública. Gob.ec. <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
11. St Pierre, A., Zaharatos, J., Goodman, D., & Callaghan, W. M. (2017). Challenges and opportunities in identifying, reviewing, and preventing maternal deaths. *Obstetrics and Gynecology*, 131(1), 138–142. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002417>
12. Quispe, A. M., Hinojosa-Ticona, Y., Miranda, H. A., & Sedano, C. A. (2021). Serie de Redacción Científica: Revisiones Sistemáticas. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(1), 94–99. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.141.906>
13. 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(1).
<https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

14. Yepez J, Urrútia G, Romero M, Fernández S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*. 74(9):790–9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8033548>

15. Jaramillo-Echeverri, Luis Guillermo, & Aguirre-García, Juan Carlos. (2021). Asuntos críticos acerca del método en investigación educativa. *Cinta de moebio*, (71), 150-163. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2021000200150>

16. Aksünger, N., De Sanctis, T., Waiyaiya, E., Van Doeveren, R., Van Der Graaf, M., & Janssens, W. (2022). What prevents pregnant women from adhering to the continuum of maternal care? Evidence on interrelated mechanisms from a cohort study in Kenya. *BMJ Open*, 12(1), e050670. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050670>

17. Montesdeoca, M. V. C., & González, D. M. (2024). Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. *Redalyc.org*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572876500006>

18. Heitkamp, A., Meulenbroek, A., Van Roosmalen, J., Gebhardt, S., Vollmer, L., De Vries, J. I., Theron, G., & Van Den Akker, T. (2021). Maternal mortality: near-miss events in middle-income countries, a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(10), 693-707F. <https://doi.org/10.2471/blt.21.285945>

19. Reis-Muleva, B., Duarte, L. S., Silva, C. M., Gouveia, L. M. R., & Borges, A. L. V. (2021b). Antenatal care in Mozambique: Number of visits and gestational age at the beginning of antenatal care. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4964.3481>

20. Tumas, N., Godoy, A. C., Peresini, V., Peisino, M. E., Boldrini, G., Vaggione, G., & Acevedo, G. E. (2021). El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*.
<https://doi.org/10.15517/psm.v0i19.47439>

21. Dioses, D., Corzo, C., Zarate, J., Vizcarra, V., Zapata, N., Arredondo, M. (2023). Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727558X2023000400013

22. Penman, S. V., Beatson, R. M., Walker, E. H., Goldfeld, S., & Molloy, C. S. (2023). Barriers to accessing and receiving antenatal care: Findings from interviews with Australian women experiencing disadvantage. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4672–4686. <https://doi.org/10.1111/jan.15724>
23. Monteiro, M. a. C., De Andrade Siqueira, L. E., Frota, N. M., Barros, L. M., & De Siqueira Holanda, V. M. (2023). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM à SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS: REVISÃO DE ESCOPO. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.88372>
24. Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Nigenda, G. (2019). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 546–552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
25. Ramos, V. a. O., Dueñas, N. N. I., Ordoñez, L. V. U., Ruiz, J. M. V., Desposorio-Robles, J., & Del Socorro Alatriza Gutierrez Vda Bambaren, M. (2024). Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Revista De Obstetricia Y Ginecología De Venezuela*, 84(02), 155–167. <https://doi.org/10.51288/00840209>
26. Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., Seidu, A., Oduşina, E. K., Keetile, M., & Yaya, S. (2021). Examining barriers to healthcare access and utilization of antenatal care services: evidence from demographic health surveys in sub-Saharan Africa. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06129-5>
27. Cano, V., Marrero G, D. (2024) Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. *Eugenio espejo*. 18(1):39–57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9279194>
28. Ahn, R., Gonzalez, G. P., Anderson, B., Vladutiu, C. J., Fowler, E. R., & Manning, L. (2020). Initiatives to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 173(11_Supplement), S3–S10. <https://doi.org/10.7326/m19-3258>

29. Dávila, J., Palacios, M., Macías, Á., Macay, R. (2023). Mortalidad materna y control prenatal. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 7(1):456–6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8882728>
30. Shee, A. W., Frawley, N., Robertson, C., McKenzie, A., Lodge, J., Versace, V., & Nagle, C. (2021). Accessing and engaging with antenatal care: an interview study of teenage women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04137-1>
31. Nam, J. Y., Oh, S. S., & Park, E. (2022). The Association between Adequate Prenatal care and severe maternal morbidity among teenage pregnancies: A Population-Based Cohort study. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.782143>
32. Steinbrook, E., Min, M. C., Kajechiwa, L., Wiladphaingern, J., Paw, M. K., Pimanpanarak, M. P. J., Hiranloetthanyakit, W., Min, A. M., Tun, N. W., Gilder, M. E., Nosten, F., McGready, R., & Parker, D. M. (2021). Distance matters: barriers to antenatal care and safe childbirth in a migrant population on the Thailand-Myanmar border from 2007 to 2015, a pregnancy cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04276-5>
33. Fryer, K., Lewis, G., Munoz, C., & Stuebe, A. M. (2021). Identifying barriers and facilitators to prenatal care for Spanish-Speaking women. *North Carolina Medical Journal*, 82(1), 7–13. <https://doi.org/10.18043/nmc.82.1.7>
34. Andrade-Romo, Z., Heredia-Pi, I. B., Fuentes-Rivera, E., Alcalde-Rabanal, J., Cacho, L. B. B., Jurkiewicz, L., & Darney, B. G. (2019). Group prenatal care: effectiveness and challenges to implementation. *Revista De Saúde Pública*, 53, 85. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001303>
35. Warri, D., & George, A. (2020). Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2746-0>
36. Hartmann, A. E., Nazar-Beutelspacher, D. A., & Salvatierra-Izabá, E. B. (2020). Desventaja social y utilización de servicios de salud para recibir atención prenatal en niñas y adolescentes de barrios pobres de Chiapas. *Entreciencias Diálogos En La Sociedad Del Conocimiento*, 8(22). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2020.22.75589>



37. Holcomb, D., Pengetnze, Y., Steele, A., Karam, A., Spong, C., Nelson, D. B., (2021). Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 3(5). Disponible en: [https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333\(21\)00137-3/fulltext](https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333(21)00137-3/fulltext)
38. Ware, K., Lee, A., Rodriguez, M., Williams, C. (2024). Perceptions to overcoming barriers to prenatal care in African American women. *Nurs Clin North Am*. 59(1):121–9. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029646523001044>
39. Miteniece, E., Pavlova, M., Rechel, B., Rezeberga, D., Murauskienė, L., & Groot, W. (2018). Barriers to accessing adequate maternal care in Latvia: A mixed-method study among women, providers and decision-makers. *Health Policy*, 123(1), 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.012>
40. Crear-Perry, J., Correa-De-Araujo, R., Johnson, T. L., McLemore, M. R., Neilson, E., & Wallace, M. (2020). Social and structural determinants of health inequities in maternal health. *Journal of Women S Health*, 30(2), 230–235. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8882>
41. Miltenburg, A. S., Kvernflaten, B., Meguid, T., & Sundby, J. (2023). Towards renewed commitment to prevent maternal mortality and morbidity: learning from 30 years of maternal health priorities. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2174245>
42. Miteniece, E., Pavlova, M., Shengelia, L., Rechel, B., & Groot, W. (2018). Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3432-z>
43. Sumankuuro, J., Crockett, J., & Wang, S. (2018). Perceived barriers to maternal and newborn health services delivery: a qualitative study of health workers and community members in low and middle-income settings. *BMJ Open*, 8(11), e021223. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021223>
44. Mochache, V., Wanje, G., Nyagah, L., Lakhani, A., El-Busaidy, H., Temmerman, M., & Gichangi, P. (2020). Religious, socio-cultural norms and gender stereotypes influence uptake and utilization of maternal health services among the Digo community in Kwale, Kenya: a qualitative study. *Reproductive Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00919-6>
45. Teshome, F., Kebede, Y., Abamecha, F., & Birhanu, Z. (2020). Why do women not prepare for pregnancy? Exploring women’s and health care providers’ views on barriers to uptake of preconception care in Mana District, Southwest Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03208-z>



Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.

