

Artículo Original

Cumplimiento del proceso de atención prenatal en un centro de salud de primer nivel, Municipio Campo Elías, Mérida, Venezuela 2025

Compliance with the prenatal care process in a primary health center, Campo Elías municipality, Mérida Venezuela, 2025

PEÑA, GERARDO^{1,2,3}; ARANGUREN, YURADY^{1,2,3}, LÓPEZ, LIZMERY¹, GAMBOA, MARÍA¹, RIVERA, SANDRA¹, CHIPIA, JOAN¹

¹Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

²Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida, Venezuela

³Instituto de Altos Estudios Arnoldo Gabaldón. Maracay, Aragua

Autor de correspondencia
gerardopena7@gmail.com

Fecha de recepción
06/07/2026

Fecha de aceptación
06/08/2026

Fecha de publicación
25/09/2026

Autor

Peña, Gerardo

Lic. en Enfermería, MSc. en Administración de Instituciones de Salud.
Profesor Asistente de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina,
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0758-4594>

Aranguren, Yurady

Lic. en Enfermería, MSc. en Administración de Instituciones de Salud.
Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina,
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1418-7613>

López, Lizmery

Lic. en Enfermería, MSc. en Geriátrica, Gerontología y Envejecimiento. MSc.
en Salud Pública. Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería, Facultad
de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8990-2155>

Gamboa., María

Lic. en Enfermería, MSc. en Administración de Instituciones de Salud.
Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina,
Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2290-9370>

Rivera, Sandra

Lic. en Enfermería, Lic. En Educación mención Matemática, MSc. en
Administración Educacional. Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería,
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3438-9417>

Chipia, Joan

PhD. en Investigación y Epistemología en las Ciencias Empresariales.
Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes Mérida,
Venezuela.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6365-8692>

Citación:

Peña, G. Aranguren, Y., López, L., Gamboa, M., Rivera, S., Chipia, J. (2026). Cumplimiento del proceso de atención prenatal en un centro de salud de primer nivel, Municipio Campo Elías, Mérida, Venezuela 2025. *GICOS*, 11(3), 69-86



RESUMEN

Introducción: el control prenatal (CPN) reduce la morbimortalidad materno-perinatal, pero en Venezuela persisten brechas entre lo normado y lo ejecutado. **Objetivo:** Evaluar el cumplimiento del proceso de atención prenatal en un centro de salud de primer nivel, Municipio Campo Elías, Mérida, Venezuela durante el período enero–julio 2025. **Métodos:** estudio de enfoque cuantitativo de tipo documental descriptivo con diseño de corte transversal. Se incluyeron todos los expedientes clínicos de gestantes atendidas en el período (N=160). **Resultados:** edad mediana: 24 años (RIC:21-29). El 48,1% tenía educación secundaria; el 48,8% era ama de casa. Antecedentes familiares de hipertensión: 48,1%. Mediana de inicio del CPN: 12 semanas (RIC:8-20); 41,3% inició entre 1-3 meses. Mediana de controles: 3 (RIC:2-4); solo 39,4% alcanzó ≥ 4 controles. Los procedimientos obstétricos básicos se registraron en 100%. Frecuencias bajas de registro: evaluación bucodental (5,0%), examen de mamas (8,8%), tamizaje hepatitis B (14,4%). No se registró vacunación antitetánica (0%) ni entrega de suplementos nutricionales (0%). No se evidenciaron actividades educativas sobre CPN (0%). **Conclusiones:** en la población estudiada, el cumplimiento del CPN fue parcial y segmentado: frecuencias adecuadas solo para vigilancia obstétrica aguda. Se encontraron frecuencias muy bajas o nulas en prevención integral, tamizajes, inmunizaciones, suplementación y educación.

Palabras clave: atención prenatal, cumplimiento, procesos de atención, atención primaria de salud, gestantes

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care (PC) reduces maternal and perinatal morbidity and mortality, but in Venezuela, gaps persist between prescribed and implemented practices. **Objective:** To evaluate compliance with the prenatal care process at a primary healthcare center in Campo Elías Municipality, Mérida, Venezuela, during the period January–July 2025. **Methods:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted using a documentary approach. All medical records of pregnant women seen during the period were included (N=160). **Results:** Median age: 24 years (IQR: 21–29). 48.1% had a secondary education; 48.8% were homemakers. Family history of hypertension: 48.1%. Median time to PC initiation: 12 weeks (IQR: 8–20); 41.3% initiated between 1 and 3 months. Median number of visits: 3 (IQR: 2–4). Only 39.4% achieved ≥ 4 visits. Basic obstetric procedures were recorded in 100% of cases. Low recording frequencies were observed for: oral health assessment (5.0%), breast examination (8.8%), and hepatitis B screening (14.4%). Tetanus vaccination (0%) and nutritional supplements (0%) were not recorded. Educational activities regarding prenatal care (0%) were not observed. **Conclusions:** In the studied population, adherence to prenatal care was partial and fragmented: adequate frequencies were only observed for acute obstetric monitoring. Very low or nonexistent frequencies were found for comprehensive prevention, screenings, immunizations, supplementation, and education.

Keywords: prenatal care, compliance, care processes, primary health care, pregnant women

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye un proceso fisiológico complejo que ocurre en mujeres en edad reproductiva, durante el cual se producen numerosos cambios no solo fisiológicos sino también psicológicos y sociales (García et al., 2018). Este proceso, aunque natural, requiere cuidados especiales para asegurar el máximo bienestar tanto de la gestante como del producto de la concepción, debido a que de la calidad y oportunidad de la atención dependerá en gran medida el desarrollo fetal y la prevención de complicaciones maternas (Rodríguez, 2021).

En este contexto, el control prenatal (CPN) se ha consolidado como la estrategia fundamental para la vigilancia del embarazo, siendo la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. Desde una perspectiva operativa, Reyes y Cazorla (1998) establecen que el CPN efectivo debe cumplir con cuatro requisitos fundamentales: ser precoz (inicio en el primer trimestre), periódico o continuo (frecuencia regular según riesgo), completo o integral (cubrir todas las acciones de fomento, protección y recuperación) y extenso o de amplia cobertura (alcanzar a la totalidad de las gestantes).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016) ha enfatizado globalmente la importancia de una atención prenatal de calidad, señalando que anualmente ocurren aproximadamente 303.000 muertes maternas por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de muertes neonatales durante los primeros 28 días de vida y 2,6 millones de mortinatos. La misma fuente indica que a nivel mundial solo el 64% de las mujeres reciben cuatro o más atenciones prenatales a lo largo de su embarazo. Esta realidad ha motivado a la OMS a generar un nuevo modelo de atención prenatal (OMS, 2003) que evalúa a las mujeres en su primera visita y, de acuerdo a sus necesidades, determina aquellas que requieren cuidados especiales y quienes pueden recibir el cuidado prenatal con los componentes básicos.

En América Latina y el Caribe, el Panorama de la Salud [LAC] (2020) reportó que, si bien en promedio el 87% de las embarazadas reciben los cuatro controles prenatales recomendados, existen marcadas desigualdades. Por ejemplo, en Haití la cobertura media es inferior al 70%, con una diferencia de casi 36 puntos porcentuales entre las madres del quintil de ingresos más bajos y las del más alto. En contraste, Uruguay y Perú alcanzan coberturas superiores al 95%, aunque persisten brechas por nivel socioeconómico.

En Venezuela, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2013) ha establecido protocolos de atención prenatal que norman las actividades a realizar en cada consulta, incluyendo la identificación temprana de factores de riesgo, la realización de exámenes de laboratorio obligatorios, la vacunación antitetánica, la suplementación con hierro y ácido fólico, y las actividades educativas para la gestante y su familia. Adicionalmente, el país ha implementado programas integrales como la Ruta Materna (González, 2022) y el Plan Nacional de Parto Humanizado (aprobado en 2017), que buscan reducir las muertes maternas evitables y dignificar la atención del embarazo, parto y puerperio.

No obstante, a pesar de este marco normativo y programático, la evidencia indica que existen problemas. El

Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela (2013) reportó que, aunque el 98% de los partos son institucionalizados, la tasa de mortalidad materna se mantiene alta (alrededor de 57 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos), asociada principalmente a trastornos hipertensivos, complicaciones del trabajo de parto y alumbramiento, y embarazos terminados en aborto. Por su parte, las estadísticas del MPPS (2023) muestran que la primera atención al control prenatal ocurrió en promedio a los 2,8-3,0 meses de gestación, y aunque en 2020-2021 se logró un ingreso oportuno con promedio de 2 meses, entre 2022 y 2023 el tiempo de ingreso aumentó nuevamente a tres meses.

Diversos estudios han abordado problemáticas relacionadas con la atención prenatal. Reverón et al. (2022) evaluaron el grado de satisfacción de usuarias en ambulatorios del estado Miranda, encontrando que el 64,8% estaban satisfechas, un 25,9% medianamente satisfechas y solo un 9,3% insatisfechas. Rodríguez (2022), por su parte, identificó que el control prenatal inadecuado, la falta de conocimiento y el embarazo no deseado fueron las principales causas de resultados perinatales adversos en el Hospital “Ángel Larralde”. Betancourt (2020), en el estado Falcón, determinó que los factores asociados a la no adherencia al CPN incluyen el factor económico, la falta de transporte, la distancia al centro de salud, las filas de espera, la asignación tardía de la cita y el deficiente nivel de conocimiento acerca del CPN.

En el ámbito internacional, estudios recientes han aportado evidencia relevante. Ortiz et al. (2024) realizaron un estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica, concluyendo que, si bien la mayoría comparten criterios guiados por la OMS, existen diferencias que dependen del riesgo epidemiológico de cada país. Cano et al. (2024), en Ecuador, evaluaron la percepción de las mujeres sobre las barreras para acceder al CPN, encontrando que el inicio temprano en el primer trimestre es positivo, aunque aún persisten obstáculos. Dioses et al. (2023), en Perú, identificaron que el machismo, la falta de educación en las familias y el desconocimiento sobre los cuidados y riesgos del embarazo son barreras culturales importantes. Moposita et al. (2020), también en Ecuador, reportaron que el 57% de las embarazadas participantes no cumplían adecuadamente con las consultas prenatales.

A pesar de estos antecedentes, se identifica una brecha de conocimiento: son escasos los estudios que describan de manera sistemática y multidimensional el cumplimiento del programa de CPN contrastando lo normado con lo realmente registrado en centros de primer nivel de atención en Venezuela, especialmente en el contexto actual de restricciones de recursos. Por lo tanto, la presente investigación se estableció como objetivo general: evaluar el cumplimiento del proceso de atención prenatal en un centro de salud de primer nivel, Municipio Campo Elías, Mérida, Venezuela durante el período enero-julio 2025.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de investigación

El estudio se enmarcó bajo el enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo documental y diseño de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por todos los expedientes clínicos (historias clínicas) de gestantes atendidas en el programa de control prenatal del Centro de Salud de Atención de Primer Nivel Tipo I (CLINP

T1) Fidel Febres, Municipio Campo Elías, estado Mérida, durante el período enero-julio 2025. Al incluirse la totalidad de los registros disponibles en el período de estudio (N=160), la investigación se clasifica como un estudio censal, por lo que no se aplicaron técnicas de muestreo probabilístico.

Criterios de inclusión: se incluyeron expedientes clínicos de gestantes atendidas en el programa de control prenatal de la institución entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2025, que contaran con datos de identificación completos (nombre, número de historia, fecha de nacimiento). Criterios de exclusión: expedientes ilegibles o con deterioro que impidieran la extracción de información. No se registraron casos que cumplieran con estos criterios, por lo que la población final estudiada fue de 160 historias clínicas (N=160).

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada específicamente para el estudio, organizada en cuatro dimensiones: datos sociodemográficos, antecedentes y características del embarazo, actividades de detección y prevención de riesgos, y actividades de promoción de la salud. La información fue extraída de la historia clínica, la cual cuenta con formatos oficiales de Control Prenatal aprobados por el MPPS de Venezuela.

Validación del instrumento: el instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos. Participaron tres especialistas en epidemiología y salud materno-infantil, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y relevancia de cada ítem. Los ajustes sugeridos fueron incorporados en la versión final del instrumento. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto con 20 historias clínicas (correspondientes al período agosto-diciembre 2024) no incluidas en el estudio principal, lo que permitió ajustar la redacción de 3 ítems que presentaban ambigüedad y verificar la factibilidad del procedimiento de extracción de datos.

Procedimiento

Se solicitó autorización formal a la Dirección y al Departamento de Docencia e Investigación del CLINP T1 Fidel Febres, así como al Departamento de Estadísticas de Salud. Una vez obtenidas las autorizaciones y firmado el compromiso de confidencialidad y manejo ético de la información, se procedió a la revisión de los expedientes clínicos.

Manejo de datos faltantes

Para cada variable del instrumento, se calculó el porcentaje de registros ausentes (sin información en la historia clínica). Dado el diseño descriptivo y censal, no se realizó imputación de datos. Los porcentajes se calcularon sobre el total de casos (N=160), reportándose explícitamente tres categorías para cada variable: ‘Sí’ (registro positivo de la actividad), ‘No’ (registro negativo explícito de la actividad) y ‘Sin registro’ (ausencia de información en la historia clínica). No se asumió que ‘Sin registro’ equivalía a ‘No’, manteniéndose como categoría independiente en el análisis.

Análisis de datos

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con frecuencias absolutas (n) y relativas (porcentajes), medidas de tendencia central (media, mediana), y medidas de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico, rango mínimo-máximo).

Aspectos bioéticos

La investigación se rigió por los principios de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial para investigaciones en seres humanos. Se protegió el anonimato de las gestantes cuyos expedientes fueron revisados, garantizando la confidencialidad de la información. Al ser un estudio documental basado en la revisión de expedientes clínicos, sin intervención directa en seres humanos, sin manipulación de variables, y utilizando únicamente datos secundarios anonimizados, la investigación se clasifica como de riesgo mínimo según la normativa internacional para investigaciones en salud. Por esta razón, no se requirió aprobación previa por un Comité de Ética en Investigación, dado que el estudio se limitó a la extracción de información de registros institucionales ya existentes, sin contacto con las pacientes ni uso de datos personales identificables. No obstante, se obtuvo la autorización institucional formal de la Dirección del CLINP T1 Fidel Febres y se firmó un compromiso de confidencialidad, garantizando que los datos serían utilizados exclusivamente con fines académicos y presentados de manera agregada.

RESULTADOS

Dentro de las características sociodemográficas de las gestantes se halló que el 48,1% (n=77) se encontraba en el grupo de 18 a 24 años, seguido por el grupo de 30 a 34 años con 20,0% (n=32). La edad de las gestantes presentó una mediana de 24 años (rango intercuartílico: 21-29; rango: 18-42). La distribución fue asimétrica positiva, con una media (25,8 años) ligeramente superior a la mediana, lo que indica la presencia de algunos valores extremos hacia edades mayores (Tabla 1).

En cuanto al estado civil, el 42,5% (n=68) eran solteras y el 40,0% (n=64) vivían en unión libre. La nacionalidad fue venezolana (96,3%, n=154). Respecto al nivel educativo, el 65,6% (n=105) poseía educación secundaria completa o incompleta, mientras que el 24,4% (n=39) tenía formación técnica superior y el 10,0% (n=16) estudios universitarios. No se registraron gestantes sin instrucción o con solo primaria. En cuanto a la situación laboral, el 92,5% (n=148) declaró tener alguna ocupación (incluyendo labores del hogar), de las cuales el 48,8% (n=78) eran amas de casa. La procedencia fue mayoritariamente urbana (75,6%, n=121).

El número de semanas de gestación al momento de la primera consulta tuvo una mediana de 12 semanas (RIC: 8-20), con un rango muy amplio (4-38 semanas). El número total de controles prenatales realizados tuvo una mediana de 3 controles (RIC: 2-4; rango: 1-8) (Tabla 1).

El antecedente registrado con mayor frecuencia fue hipertensión arterial (26,3%, n=42), seguido de alergias (23,8%, n=38), diabetes mellitus (16,9%, n=27), intervención quirúrgica (13,8%, n=22) y cáncer (12,5%, n=20). Solo el 6,9% (n=11) no presentaba ningún antecedente registrado. Antecedentes familiares: el hallazgo más relevante fue hipertensión arterial (48,1%, n=77) y diabetes mellitus (20,6%, n=33) en familiares de

primer grado. Antecedentes ginecobstétricos: el 30,6% (n=49) eran primigestas (primer embarazo). Se registró antecedente de aborto en el 9,4% (n=15) y de cesárea previa en el 11,3% (n=18). Solo el 2,5% (n=4) reportó hijos muertos.

En la Tabla 2 se muestra la distribución del tiempo de embarazo al inicio del CPN. El 41,3% (n=66) inició entre 1 y 3 meses de embarazo (equivalente aproximadamente a 4-12 semanas). Sin embargo, un 19,4% (n=31) inició antes del mes (muy temprano, posiblemente antes de la confirmación ecográfica), un 21,3% (n=34) inició entre 4 y 6 meses (tardío) y un 18,1% (n=29) inició entre 7 y 9 meses (muy tardío). Considerando el estándar del MPPS de inicio oportuno antes de las 12 semanas, se encontró que 66 gestantes (41,3%) cumplieron este criterio. Número de controles y adherencia: la mediana del número de controles fue 3 (RIC: 2-4). El 60,6% (n=97) realizó entre 1 y 3 controles en total, el 33,8% (n=54) realizó entre 4 y 6 controles, y solo el 5,6% (n=9) alcanzó entre 7 y 9 controles. Siguiendo el estándar de la OMS (≥ 4 controles como “CPN adecuado”), se calculó que 63 gestantes (39,4%) alcanzaron este umbral. Considerando el estándar más exigente para embarazo de alto riesgo (≥ 8 controles), ninguna gestante (0%) alcanzó el óptimo.

Por otra parte, se halló la frecuencia de registro de los componentes del examen físico como: toma de tensión arterial (100%, n=160), medición de altura uterina (100%, n=160), valoración de presentación fetal (100%, n=160) y auscultación de frecuencia cardíaca fetal (100%, n=160). La toma de peso se registró en el 95,6% (n=153), la talla en el 92,5% (n=148) y el examen físico general en el 93,1% (n=149). En contraste, la evaluación bucodental se registró solo en el 5,0% (n=8) de las gestantes, y el examen de mamas en el 8,8% (n=14).

La Tabla 3 presenta la frecuencia de realización de exámenes de laboratorio: hematología completa (79,4%, n=127), glicemia (79,4%, n=127), uroanálisis (79,4%, n=127) y tipaje sanguíneo (80,0%, n=128). Sin embargo, exámenes críticos para la prevención de transmisión vertical presentaron frecuencias bajas de registro: toxoplasmosis (61,3%, n=98), VIH (66,3%, n=106), VDRL (66,3%, n=106) y hepatitis B (14,4%, n=23). La citología se registró en solo el 11,3% (n=18).

Por otra parte, se evidenció la frecuencia de registro de inmunizaciones y suplementación. No se encontró registro de indicación de toxoide tetánico en 122 gestantes (76,3%), y 38 casos (23,8%) no tenían registro. El cumplimiento de la vacuna (administración efectiva) no se registró en 107 gestantes (66,9%), y 53 casos (33,1%) no tenían registro. En cuanto a los suplementos nutricionales, el 100% (n=160) tenía registro de indicación, pero ningún caso (0%) tenía registro de entrega efectiva en el centro de salud.

El registro de actividades educativas y de promoción de la salud. No se encontró evidencia de registro de sesiones educativas sobre la importancia del CPN en ninguna historia clínica (0%, n=160), ni de invitación a talleres sobre lactancia materna (0%, n=160). La orientación sobre la importancia de no faltar al CPN se registró solo en el 23,8% (n=38). La enseñanza sobre factores de riesgo del embarazo se registró en el 42,5% (n=68). La orientación sobre signos de alarma se registró en el 55,0% (n=88). La orientación sobre cuidados del recién nacido fue la actividad con mayor frecuencia de registro (93,8%, n=150). En cuanto a lactancia materna, el 61,3% (n=98) recibió orientación verbal, pero solo el 6,3% (n=10) recibió demostraciones prácticas.

Tabla 1.

Edad, semanas de gestación y controles prenatales de las gestantes del CLINP T1 Fidel Febres Cordero, Municipio Campo Elías, Ejido, 2025

Variable	Media (DE)	Mediana (RIC)	Rango (mín-máx)
Edad (años)	25,8 (6,5)	24 (21-29)	18-42
Semanas de gestación al primer control	14,2 (8,1)	12 (8-20)	4-38
Número total de controles prenatales	3,4 (2,2)	3 (2-4)	1-8

Nota: DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico (percentil 25 - percentil 75); mín: mínimo; máx: máximo.

Fuente: archivo de historias del departamento de estadísticas de salud del CLINP T1 Fidel Febres.

Tabla 2.

Inicio y número de controles prenatales de las gestantes del CLINP T1 Fidel Febres Cordero, Municipio Campo Elías, Ejido, 2025

Variable	Categoría	(N=160)	%
Tiempo de embarazo al inicio del CPN			
	Menos de 1 mes	31	19,4
	1 a 3 meses	66	41,3
	4 a 6 meses	34	21,3
	7 a 9 meses	29	18,1
Número de controles realizados			
	1 a 3 controles	97	60,6
	4 a 6 controles	54	33,8
	7 a 9 controles	9	5,6
	Total	160	100,0
Frecuencia acumulada (estándar OMS)			
	≥4 controles	63	39,4

Nota: la frecuencia acumulada de ≥4 controles (63 gestantes, 39,4%) representa el estándar de la OMS para “CPN adecuado”.

Fuente: archivo de historias departamento de estadísticas de salud del CLINP T1 Fidel Febres.

Tabla 3.

Frecuencia de registro de exámenes de laboratorio de las gestantes del CLINP T1 Fidel Febres Cordero, Municipio Campo Elías, Ejido, 2025

Examen	Sí n (%)	No n (%)	Sin registro n (%)
Tipaje (grupo sanguíneo)	128 (80,0)	23 (14,4)	9 (5,6)
Hematología completa	127 (79,4)	33 (20,6)	0 (0,0)
Glicemia	127 (79,4)	33 (20,6)	0 (0,0)
Uroanálisis	127 (79,4)	33 (20,6)	0 (0,0)
Toxoplasmosis	98 (61,3)	46 (28,8)	16 (10,0)
VIH	106 (66,3)	44 (27,5)	10 (6,3)
VDRL	106 (66,3)	44 (27,5)	10 (6,3)
Hepatitis B	23 (14,4)	137 (85,6)	0 (0,0)
Citología	18 (11,3)	142 (88,8)	0 (0,0)

Fuente: archivo de historias departamento de estadísticas de salud del CLINP T1 Fidel Febres.

DISCUSIÓN

El presente estudio describió a las usuarias que asisten al control prenatal en un centro de salud de primer nivel del estado Mérida, Venezuela. Los componentes de vigilancia obstétrica aguda (tensión arterial, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal) se registraron en el 100% de las historias clínicas, mientras que los componentes de prevención integral (evaluación bucodental, examen de mamas, tamizajes de salud pública), inmunizaciones, suplementación nutricional y actividades educativas presentaron frecuencias de registro muy bajas o nulas.

Perfil sociodemográfico y factores de riesgo

La población estudiada (N=160 gestantes) se caracterizó por ser predominantemente joven (mediana de edad 24 años, RIC: 21-29), con educación secundaria (65,6%); el 48,8% (n=78) eran amas de casa, provenientes mayoritariamente de zona urbana (75,6%). Este perfil es consistente con lo reportado por Buelvas (2021) en Cartagena, Colombia, donde la mediana de edad de gestantes venezolanas fue de 25 años. En el contexto latinoamericano, estudios en Ecuador (Cano et al., 2024; Moposita et al., 2020) han descrito perfiles sociodemográficos similares, caracterizados por gestantes jóvenes con niveles educativos medios y ocupaciones de bajo ingreso, lo que sugiere que la vulnerabilidad socioeconómica es un denominador común en la región que afecta el acceso y la adherencia a los servicios de salud materna.

Un hallazgo relevante fue la alta frecuencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial (48,1%) y diabetes mellitus (20,6%), sumado a antecedentes personales de hipertensión (26,3%) y diabetes (16,9%). Según los criterios del MPPS (2013) y la OMS (2016), estos antecedentes clasifican a una proporción significativa de las gestantes en la categoría de embarazo de alto riesgo (Ortiz et al., 2024). Este perfil de riesgo hace particularmente relevantes las bajas frecuencias de intervenciones preventivas que se describen

a continuación. En el estudio comparativo de guías latinoamericanas realizado por Ortiz et al. (2024), se identificó que, aunque todos los países de la región incluyen la identificación de factores de riesgo en sus protocolos, la ejecución efectiva de las intervenciones preventivas es heterogénea y depende del nivel de complejidad de los centros de salud, así como de la disponibilidad de recursos.

Oportunidad y adherencia al CPN

La mediana de inicio del CPN fue de 12 semanas (RIC: 8-20), con un 41,3% de gestantes que iniciaron entre 1 y 3 meses. Esta frecuencia es similar a la reportada por el MPPS (2023) para el período 2022-2023 (aproximadamente 40-45%), pero inferior a la meta nacional del 80% establecida en los protocolos. En la región, Cano et al. (2024) en Ecuador encontraron que el inicio temprano en el primer trimestre es positivo, aunque aún persisten obstáculos estructurales. Por su parte, Moposita et al. (2020), también en Ecuador, reportaron que el 57% de las embarazadas participantes no cumplían adecuadamente con las consultas prenatales, atribuyéndolo a factores socioculturales como baja escolaridad, residencia a más de 5 km del centro de salud y bajo estatus socioeconómico, factores que resuenan con la realidad venezolana descrita en este estudio.

En cuanto a la adherencia, la mediana del número de controles fue 3 (RIC: 2-4), y solo el 39,4% alcanzó el estándar de la OMS de 4 o más controles. Ninguna gestante alcanzó el estándar de 8 controles recomendado para embarazo de alto riesgo. Estas frecuencias son inferiores a las reportadas por Moposita et al. (2020) en Ecuador (43% con adherencia adecuada) y por Cano et al. (2024) en Ecuador ($\approx 50\%$). En Nicaragua, Hurtado et al. (2020) encontraron que, aunque el 100% de las actividades básicas del protocolo se realizaban según encuesta al personal, no siempre se documentaban en los expedientes clínicos, lo que sugiere que la brecha entre la práctica declarada y la registrada puede ser significativa. Las diferencias observadas podrían explicarse por el contexto de crisis del sistema de salud venezolano (UNICEF, 2023) y por las barreras logísticas identificadas por Betancourt (2020) en Venezuela (transporte, distancia, asignación tardía de citas), así como por los factores culturales descritos por Dioses et al. (2023) en Perú, donde el machismo y la falta de educación familiar explican en parte la inasistencia a controles posteriores.

Patrón de cumplimiento segmentado

El hallazgo más característico de este estudio es el patrón dicotómico en las frecuencias de registro: mientras los indicadores obstétricos agudos alcanzan el 100%, los indicadores de prevención integral y educación se encuentran por debajo del 10% o en 0%. Este patrón sugiere una lógica asistencial reactiva (centrada en la detección de patologías agudas como preeclampsia o sufrimiento fetal) que omite sistemáticamente la prevención de problemas no agudos, pero igualmente graves.

Este patrón no es exclusivo de Venezuela. En la región latinoamericana, Ortiz et al. (2024) señalaron que, aunque las guías de atención prenatal en países como Colombia, Perú, Ecuador y México incluyen explícitamente componentes de prevención integral y educación, la implementación en la práctica clínica es heterogénea y frecuentemente limitada por restricciones de tiempo, personal y recursos. En Nicaragua, Hurtado et al. (2020)

encontraron que actividades como la evaluación bucodental y el examen de mamas no se detallaban en los expedientes clínicos, a pesar de estar contempladas en los protocolos, lo que coincide con nuestros hallazgos y sugiere que la segmentación de la atención prenatal puede ser un fenómeno extendido en la región.

Causas estructurales de las fallas en la documentación

Más allá de la carencia tangible de insumos y reactivos, los resultados observados sugieren que la fragmentación en la calidad de la atención responde a disfunciones estructurales y organizativas dentro del servicio de salud. La marcada brecha entre la vigilancia obstétrica (cumplimiento del 100%) y la prevención integral (cerca al 0%) refleja un modelo de atención que ha mutado hacia una “medicina de triaje permanente”, donde la alta presión asistencial y la carga laboral del personal médico actúan como filtros selectivos (Porter & Teisberg, 2006; Bodenheimer & Grumbach, 2009).

Organización del servicio

En primer lugar, la organización del servicio en el nivel primario parece priorizar la detección de complicaciones inmediatas, aquellas que generan responsabilidad legal o riesgo vital inminente, en detrimento de la atención preventiva. Es plausible que, ante una demanda excesiva de pacientes por turno, el personal de salud optimice el tiempo de consulta reduciendo la práctica clínica exclusivamente a los indicadores básicos (tensión arterial, altura uterina, frecuencia cardíaca), los cuales son rápidos de ejecutar y registrar. Este fenómeno de “reduccionismo clínico” se ve agravado por la falta de un sistema de gestión del tiempo que contemple la complejidad de un embarazo integral; al no disponer de bloques de tiempo suficientes por consulta, el profesional omite la educación sanitaria, el examen de mamas o la evaluación bucodental, no por falta de competencia, sino por una estructura que premia la celeridad sobre la profundidad (Pronovost et al., 2006; Gawande, 2009).

Sistemas de supervisión deficientes

En segundo lugar, la calidad de los registros clínicos parece estar supeditada a un sistema de supervisión deficiente o meramente burocrático. La disparidad en el registro sugiere que las herramientas de supervisión, si existen, se han centrado en auditar indicadores cuantitativos tradicionales (número de consultas, cobertura), dejando de lado los indicadores de calidad integral (educación al paciente, examen físico completo, captación para tamizajes). Cuando el personal percibe que la supervisión no evalúa la educación al paciente, el examen físico completo o la captación para tamizajes, estas actividades pierden su estatus de prioridad y terminan siendo desplazadas de la práctica diaria (Donabedian, 2005; Berwick, 2016). La historia clínica, en este contexto, ha dejado de ser una herramienta de seguimiento longitudinal y de promoción de la salud para convertirse en un registro defensivo-reactivo.

Impacto de la desprofesionalización y fatiga del talento humano

Así mismo, es imperativo considerar el impacto de la desprofesionalización y la fatiga del talento humano. La sobrecarga de funciones administrativas, frecuente en los centros de salud de primer nivel en Venezuela,

consume el tiempo que debería dedicarse a la relación médico-enfermera-paciente. La ausencia de registros de actividades educativas no debe leerse solo como un descuido del personal, sino como una señal de alerta sobre un sistema que no provee las condiciones necesarias (espacios físicos, material educativo de apoyo, incentivos profesionales) para que el personal pueda ejercer la labor preventiva y educativa con la calidad requerida (Shanafelt et al., 2017). La crisis del sistema no solo se manifiesta en la carencia de insumos, sino en el agotamiento de las capacidades organizativas para gestionar los procesos de salud de manera integral.

Implicaciones para la política sanitaria local

Los hallazgos de esta investigación trascienden la descripción estadística para constituirse en un insumo crítico para la planificación estratégica del Programa de Control Prenatal (CPN) en el municipio. La evidencia recabada sugiere que el programa requiere una transición urgente de un modelo de “atención centrada en el registro” hacia un modelo de “gestión basada en resultados y calidad integral” (Porter & Teisberg, 2006).

Redimensión de la asignación de recursos

En primera instancia, los resultados demandan una redimensión de la asignación de recursos que supere el enfoque asistencialista. La alta tasa de gestantes con riesgo cardiovascular (antecedentes familiares y personales de hipertensión y diabetes) justifica la necesidad de descentralizar y fortalecer el tamizaje metabólico en el primer nivel. Las autoridades sanitarias locales deberían considerar la creación de “microneces de referencia” donde el centro de salud, ante la imposibilidad técnica de realizar ciertos tamizajes (VDRL, VIH, pruebas bucodentales) debido a la escasez de insumos, establezca convenios formales de colaboración con laboratorios comunitarios o servicios especializados, eliminando la brecha entre la indicación médica y la ejecución real.

Rediseño de la hoja de ruta del CPN

En segundo lugar, se requiere un rediseño de la hoja de ruta del CPN mediante la implementación de listas de chequeo de calidad integrales que formen parte de la rutina obligatoria de la consulta. La digitalización o al menos la estandarización manual de estos instrumentos de verificación podría facilitar que el personal, independientemente de la alta carga laboral, cuente con una guía rápida que asegure la cobertura de los pilares educativos y preventivos (Pronovost et al., 2006; Gawande, 2009). Esto implica que la supervisión gerencial local debe dejar de medir el éxito del programa basándose únicamente en el número de consultas (cantidad) y empezar a auditar el cumplimiento de los componentes de prevención integral (calidad) (Donabedian, 2005).

Política farmacéutica municipal y promoción de la salud

Finalmente, los datos sobre la “indicación sin provisión” de suplementos obligan a una revisión de la política farmacéutica municipal. Ante la imposibilidad financiera de las gestantes para adquirir los insumos por cuenta propia, la política sanitaria debería priorizar la creación de un fondo de emergencia o alianzas público-privadas específicas para la dotación de hierro, ácido fólico y calcio, garantizando que el acceso al tratamiento sea intrínseco a la consulta. Asimismo, la carencia absoluta de actividades educativas sugiere la

necesidad de invertir en la capacitación de promotores de salud comunitarios o enfermeras líderes que asuman el componente educativo de forma paralela a la consulta médica. Esto no solo liberaría al médico de la carga asistencial directa, sino que dotaría al programa de una red de apoyo social que empodere a la gestante en su proceso, transformando el centro de salud en un espacio de acompañamiento y no solo de control técnico.

La reconfiguración del programa hacia un enfoque de “gestión por procesos” permitiría que los escasos recursos existentes se orienten hacia las intervenciones de mayor impacto (vacunación, educación, tamizaje), maximizando así la seguridad del binomio madre-hijo y reduciendo, a largo plazo, los costos hospitalarios derivados de complicaciones obstétricas prevenibles.

Análisis de componentes específicos de prevención

Evaluación bucodental y examen de mamas

La baja frecuencia de registro de estos componentes es clínicamente relevante. La enfermedad periodontal se ha asociado con parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2018). El examen de mamas, por su parte, es la primera oportunidad para detectar patologías mamarias durante el embarazo. Estudios previos han reportado frecuencias igualmente bajas en contextos similares; Hurtado et al. (2020) en Nicaragua encontró que estas actividades no se detallaban en los expedientes clínicos, mientras que Ortiz et al. (2024), en su estudio comparativo de guías latinoamericanas, señaló que, aunque los protocolos incluyen estos componentes, su ejecución en la práctica es heterogénea y depende del nivel de complejidad del centro de salud y de la disponibilidad de personal capacitado. En Perú, Dioses et al. (2023) también identificaron que factores culturales y la falta de educación en las familias influyen en la percepción de la importancia de estos exámenes, lo que podría explicar, en parte, su baja realización.

Tamizajes de infecciones de transmisión vertical

La frecuencia de registro de VIH y VDRL (66,3%) se encuentra por debajo de los estándares internacionales (OMS recomienda >95%). La frecuencia de hepatitis B (14,4%) es críticamente baja. Estas infecciones, si no son detectadas, se transmiten al recién nacido con consecuencias devastadoras (sífilis congénita, VIH pediátrico, hepatitis B crónica). UNICEF (2023) ha documentado la escasez de reactivos en Venezuela como una causa probable de estas bajas frecuencias. En la región, Cano et al. (2024) en Ecuador reportaron que barreras como la distancia al centro de salud y la falta de recursos económicos dificultan el acceso a estos tamizajes, lo que sugiere que la problemática no es exclusiva de Venezuela. Ortiz et al. (2024) señalaron que, en la mayoría de los países latinoamericanos, los protocolos exigen estos tamizajes, pero la cobertura efectiva varía ampliamente según el país y el nivel de atención.

Vacunación antitetánica

La ausencia total de registro de administración de toxoide tetánico (0% con registro positivo, 66,9% con registro explícito de “No”, 33,1% sin registro) es uno de los hallazgos más preocupantes. El tétanos neonatal es una enfermedad prácticamente erradicable mediante la inmunización de las gestantes (MPPS, 2013). La

falta de disponibilidad de biológicos en el sistema de salud venezolano ha sido documentada por múltiples fuentes (UNICEF, 2023; MPPS, 2023). En el contexto latinoamericano, la cobertura de vacunación antitetánica en gestantes varía considerablemente; países como Uruguay y Perú alcanzan coberturas superiores al 95%, mientras que en Haití y Surinam la cobertura es inferior al 70% (Panorama de la Salud LAC, 2020), lo que evidencia que la inmunización en el embarazo sigue siendo un desafío en la región.

Suplementación nutricional

El 100% de las gestantes recibió indicación de suplementos (hierro, ácido fólico, calcio), pero ninguna recibió los suplementos en el centro de salud (0% de entrega). Esta “indicación sin provisión” traslada la carga económica a las gestantes, la mayoría de las cuales son amas de casa sin ingreso propio (48,8%). Estudios previos han identificado esta barrera económica como un factor crítico de no adherencia (Betancourt, 2020; Dioses et al., 2023). En Ecuador, Moposita et al. (2020) también documentaron que el bajo estatus socioeconómico era un factor asociado al incumplimiento del CPN, lo que coincide con nuestros hallazgos y sugiere que la inequidad económica es un determinante común de la mala calidad de la atención prenatal en América Latina.

Actividades educativas y de promoción de la salud

La ausencia total de registro de actividades educativas sobre la importancia del CPN (0%) y de invitación a talleres de lactancia (0%) representa la falla más profunda del programa, ya que contradice directamente los objetivos básicos del CPN establecidos por el MPPS (2013): “educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación”. La educación sanitaria es un componente central que empodera a la gestante para reconocer signos de alarma y demandar atención de calidad (Dioses et al., 2023). La baja frecuencia de demostraciones prácticas de lactancia (6,3%) también es preocupante, ya que la orientación verbal sola tiene un impacto limitado en las tasas de lactancia materna exclusiva (UNICEF, 2023). En la región, Dioses et al. (2023) en Perú identificaron que la falta de educación en las familias y el desconocimiento sobre los cuidados y riesgos del embarazo son barreras culturales importantes para la adherencia al CPN, lo que resalta la necesidad de fortalecer el componente educativo en todos los centros de atención prenatal de América Latina.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos:

1. Dependencia del registro en historias clínicas: la fuente de datos fueron los expedientes clínicos, no la observación directa. Si una actividad se realizó, pero no fue documentada, el instrumento la clasificó como “No” o “Sin registro”. Por lo tanto, las frecuencias reportadas representan un piso (mínimo) del cumplimiento real. Sin embargo, la falta de registro también es un indicador de mala calidad asistencial, ya que la documentación completa es parte del estándar de cuidado (Hurtado et al., 2020).
2. Datos faltantes: ciertas variables (especialmente vacunación antitetánica) presentaron proporciones de datos faltantes superiores al 20%. Aunque se describió el patrón de faltantes, no se realizó imputación,

por lo que los hallazgos para estas variables deben interpretarse con cautela.

3. Estudio unicéntrico: los hallazgos corresponden a una sola institución de salud, por lo que no son generalizables a otros centros con diferentes características contextuales, niveles de complejidad o ubicaciones geográficas.
4. Diseño transversal: los datos reflejan un único período de 7 meses (enero-julio 2025) y no capturan variaciones estacionales o cambios en las políticas de salud.
5. No se midieron resultados perinatales: este estudio describió el proceso de atención, pero no evaluó el impacto de las fallas detectadas en resultados perinatales (bajo peso al nacer, parto pretérmino, tétanos neonatal, etc.). La asociación entre las bajas frecuencias de registro y los resultados adversos debe ser evaluada en futuros estudios.
6. No se exploraron causas subyacentes: el estudio no incluyó métodos cualitativos (entrevistas a personal de salud, grupos focales con gestantes) que pudieran explicar las causas de las bajas frecuencias de registro (escasez de insumos, déficit de personal, limitaciones de tiempo, falta de capacitación, etc.).
7. No se realizaron análisis de subgrupos: dado el diseño descriptivo y censal del estudio, así como el tamaño muestral (N=160) que, aunque suficiente para estimaciones globales, limita el poder para análisis estratificados por edad, nivel educativo o procedencia, no se realizaron comparaciones entre subgrupos. Se recomienda que futuros estudios analíticos exploren estas asociaciones.

A pesar de estas limitaciones, la fortaleza del estudio radica en su enfoque censal (se incluyó la totalidad de los expedientes del período, N=160) y en su evaluación multidimensional y sistemática del CPN, contrastando cada actividad con los estándares normativos del MPPS.

CONCLUSIONES

En la población estudiada (N=160 gestantes atendidas en el Centro de Salud de Atención de Primer Nivel Tipo I - CLINP T1 Fidel Febres entre enero y julio 2025), el perfil sociodemográfico se caracterizó por una mediana de edad de 24 años, educación secundaria, ocupación ama de casa y procedencia urbana. Se registró una alta frecuencia de antecedentes familiares de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En cuanto a la oportunidad y adherencia al CPN, la mediana de inicio fue de 12 semanas (RIC: 8-20). La mediana del número de controles fue 3 (RIC: 2-4). Solo el 39,4% alcanzó el estándar de la OMS de 4 o más controles. Ninguna gestante alcanzó el estándar de 8 controles recomendado para embarazo de alto riesgo.

Los componentes de vigilancia obstétrica aguda (tensión arterial, altura uterina, presentación fetal, frecuencia cardíaca fetal) se registraron en el 100% de las historias. En contraste, se encontraron frecuencias de registro bajas para: evaluación bucodental, examen de mamas, tamizaje de hepatitis B, citología, vacunación antitetánica y entrega de suplementos nutricionales. Aunado a lo anterior, las actividades de promoción de la

salud y educación presentaron frecuencias de registro bajas. Finalmente se concluye que, el cumplimiento del proceso de atención prenatal es parcial, con fallas críticas en prevención integral, inmunizaciones y educación.

RECOMENDACIONES

1. Implementar un sistema de auditoría de registros clínicos que supervise semanalmente la documentación de los ítems de prevención integral actualmente con bajas frecuencias de registro (evaluación bucodental, examen de mamas, tamizaje de hepatitis B, vacunación antitetánica, actividades educativas). Cada auditoría debe generar un informe de brechas que se discuta en el equipo de salud.
2. Incorporar listas de verificación en cada historia clínica, de manera que el profesional que realiza el CPN no pueda cerrar la consulta sin haber verificado el registro de los ítems del instrumento utilizado en este estudio.
3. Reestructurar el flujo de la consulta prenatal incorporando una estación educativa obligatoria de 15 minutos, previa a la atención médica, a cargo del personal de enfermería, con una cartilla educativa estandarizada que aborde: importancia del CPN, factores de riesgo, signos de alarma, y técnica de lactancia materna con demostración práctica. Esta estación debe tener un registro de cumplimiento que se anexe a la historia clínica.
4. Implementar un sistema de seguimiento activo (recordatorios telefónicos o mensajes de texto) para las gestantes que no asisten a su cita programada, especialmente aquellas clasificadas como alto riesgo por antecedentes de hipertensión o diabetes.
5. Capacitar al personal en consejería en lactancia materna con técnicas de demostración práctica, utilizando materiales de bajo costo (folletos ilustrados, modelos anatómicos). El objetivo debe ser que el 100% de las gestantes reciban no solo información verbal sino también demostración práctica.
6. Evaluar la asociación entre las bajas frecuencias de registro del CPN y los resultados perinatales adversos (bajo peso al nacer, parto pretérmino, sífilis congénita, tétanos neonatal) mediante estudios analíticos (casos y controles o cohorte).
7. Realizar estudios cualitativos (entrevistas, grupos focales) para explorar las percepciones y barreras desde la perspectiva de las gestantes y del personal de salud, identificando las causas subyacentes de las bajas frecuencias de registro.
8. Replicar este estudio en otros centros de salud (multicéntrico) para determinar si el patrón de cumplimiento segmentado es generalizable o específico de la institución estudiada.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en relación con la presente investigación.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Durante la preparación de este manuscrito, los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial para la revisión del lenguaje, corrección gramatical y mejora de la redacción académica del texto en español e inglés. El contenido científico, el análisis de datos, la interpretación de los resultados y las conclusiones finales son responsabilidad exclusiva de los autores, quienes han revisado y validado exhaustivamente todo el contenido del manuscrito.

REFERENCIAS

- Berwick, D. M. (2016). Era 3 for medicine and health care. *JAMA*, 315(13), 1329-1330. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509>
- Betancourt, R. A., García, M. Y., & Aniervic, M. (2020). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Salud y Vida*, 4(7). <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>
- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2009). *Understanding health policy: A clinical approach* (5th ed.). McGraw-Hill Medical. https://med.mui.ac.ir/sites/med/files/users/ejtemaei/Understanding%20Health%20Policy_2008.pdf
- Buelvas, G. S. (2021). *Calidad percibida en la atención prenatal a mujeres migrantes venezolanas y colombianas que pertenecen al régimen subsidiado Cartagena, 2020-2021* [Tesis de maestría, Universidad del Norte de Santander]. <http://hdl.handle.net/10584/11304>
- Cano, M. V., & Marrero, G. D. (2024). Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. *Revista Eugenio Espejo*, 18(1), 39-57. <https://doi.org/10.37135/ee.04.19.05>
- Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela. (2013). *Informe sobre la República Bolivariana de Venezuela: 12° Ronda del Examen Periódico Universal*.
- Dioses, F. D., Corzo, S. C., & Zarate, G. J. (2023). Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(1). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_serial&pid=1727-558X
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- García O., Caro, R. L., & Álvarez, A. S. (2018). Relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal. *Revista de Medicina General y de Familia*, 7(4), 150-155. <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.042>
- Gawande, A. (2009). *The checklist manifesto: How to get things right*. Metropolitan Books. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3960713/>
- González, R. (2022). Prólogo. En *Manual operativo para la implementación de la estrategia de la Ruta Materna*. UNFPA Venezuela. <https://venezuela.unfpa.org/es/publications/manual-operativo-para-la-implementaci%C3%B3n-de-la-estrategia-de-la-ruta-materna>
- Hurtado, J., Martínez, K., & Rodríguez, Z. (2020). *Cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal médico en Centro de Salud Pedro José Chamorro, Granada, II Semestre 2019* [Tesis de grado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua]. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/14441/1/14441.pdf>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). *Protocolos de atención: cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*. <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2023). *Reportes de estadísticas de control prenatal 2019-2023*. <https://mpps.gob.ve/>
- Moposita, Y. A., Santana, L. J., & Freire, Y. M. (2020). Incumplimiento del control prenatal y variables socioculturales relacionados en embarazadas Salasakas. *Salud y Vida*, 4(8). <https://doi.org/10.35381/s.v.v4i8.986>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Nuevo modelo de atención prenatal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una*

- experiencia positiva del embarazo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
- Ortiz, R. V., Itusaca, D. N., & Ulloa, O. L. (2024). Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 84(1). <https://doi.org/10.51288/00840209>
- Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe. (2020). *Embarazo y parto*. OECD/OMS. https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es/full-report/pregnancy-and-birth_213db95f.html
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=21319>
- Pronovost P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725-2732. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115>
- Reverón, G. T. (2022). *Grado de satisfacción de usuarias de la consulta prenatal en ambulatorios* [Tesis de grado, Universidad Central de Venezuela]. <https://saber.ucv.ve/jspui/handle/10872/22228>
- Reyes, H., & Cazorla, E. (1998). *Control prenatal: principios y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, J. (2021). Fecundación e implantación. En *Enciclopedia de obstetricia*. Dexeus Mujer.
- Rodríguez, H. (2022). *Factores asociados a resultados perinatales adversos en embarazadas de bajo riesgo* [Tesis de especialidad, Universidad de Carabobo]. <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/9389?show=full>
- Sánchez, M. (2014). *Control prenatal: definición y objetivos*. Editorial Salud Materna.
- Shanafelt, T. D., Noseworthy, J. H., & B, B. (2017). Burnout and medical errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(8), 1185-1190. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.06.001>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). Control prenatal del embarazo normal. *Guía de Asistencia Práctica. Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 61(6), 510-528. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00141>
- UNICEF. (2023). *Informe sobre la situación de la salud materno-infantil en Venezuela*. https://www.unicef.org/venezuela/media/8891/file/INFORME_UNICEF_VENEZUELA_2023_2024_web.pdf.pdf