

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Importancia de los controles prenatales en la prevención de la muerte materna

Importance of prenatal checkups in preventing maternal death

Grecia Elizabeth Encalada Campos

gencaladac@unemi.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4550-0063>

Universidad Estatal de Milagro

Milagro – Ecuador

Denisse Elizabeth Espinoza Tinoco

despinozat3@unemi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0006-8272-7845>

Universidad Estatal de Milagro

Guayaquil – Ecuador

Crisbel Naydelin Belduma Borbor

cbeldumab@unemi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-7911-0496>

Universidad Estatal de Milagro

Machala – Ecuador

Kerly Yamileth Duran Yaguana

kdurany@unemi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0009-0191-1168>

Universidad Estatal de Milagro

Machala – Ecuador

Kerly Dayana Fala Ávila

kfalaa@unemi.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0003-3327-1093>

Universidad Estatal de Milagro

Bucay – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4126>

Artículo recibido: 06 de junio de 2025

Aceptado para publicación: 01 de julio de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4126>

Importancia de los controles prenatales en la prevención de la muerte materna

Importance of prenatal checkups in preventing maternal death

Grecia Elizabeth Encalada Campos

gencaladac@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4550-0063>
Universidad Estatal de Milagro
Milagro – Ecuador

Crisbel Naydelin Belduma Borbor

cbeldumab@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-7911-0496>
Universidad Estatal de Milagro
Machala – Ecuador

Kerly Yamileth Duran Yaguana

kdurany@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-0191-1168>
Universidad Estatal de Milagro
Machala – Ecuador

Kerly Dayana Fala Ávila

kfalaa@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-3327-1093>
Universidad Estatal de Milagro
Bucay – Ecuador

Denisse Elizabeth Espinoza Tinoco

despinozat3@unemi.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0006-8272-7845>
Universidad Estatal de Milagro
Guayaquil – Ecuador

Artículo recibido: 06 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 01 de julio de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Este estudio analizó la percepción de las mujeres gestantes sobre el control prenatal en una unidad de salud del Ecuador, integrando datos obtenidos mediante encuestas, entrevistas semiestructuradas y revisión de literatura científica reciente. El objetivo fue identificar las barreras, experiencias y significados atribuidos al control prenatal por parte de las usuarias. Se empleó una metodología mixta, combinando un enfoque cuantitativo descriptivo para los datos de encuesta con un análisis cualitativo de tipo fenomenológico para las entrevistas. Los resultados evidenciaron que muchas mujeres inician el control prenatal de manera tardía, asisten a menos consultas de las recomendadas y enfrentan dificultades de acceso relacionadas con factores económicos, geográficos y socioculturales. Las entrevistadas expresaron sentimientos de miedo, incomodidad o desinformación durante la atención, en parte debido a un trato percibido como poco humano o discriminatorio. Asimismo, se identificaron deficiencias en la comunicación entre el personal de salud y las pacientes, lo cual limita la apropiación del conocimiento sobre su embarazo. Estos hallazgos se complementaron con la evidencia de autores, quienes señalan que las condiciones estructurales del sistema de salud, la escasa perspectiva intercultural y la falta de educación en salud son factores determinantes. Se concluye que el control prenatal debe abordarse de manera integral, promoviendo una atención respetuosa,


culturalmente pertinente y centrada en la mujer.

Palabras clave: control prenatal, salud materna, barreras de acceso, atención humanizada, enfoque intercultural

Abstract

This study analyzed pregnant women's perceptions of prenatal care in a health unit in Ecuador, integrating data obtained through surveys, semi-structured interviews, and a review of recent scientific literature. The objective was to identify the barriers, experiences, and meanings attributed to prenatal care by the users. A mixed-methods approach was employed, combining a descriptive quantitative analysis of survey data with a phenomenological qualitative analysis of the interviews. The results showed that many women begin prenatal care late, attend fewer consultations than recommended, and face access difficulties related to economic, geographic, and sociocultural factors. Interviewees expressed feelings of fear, discomfort, or lack of information during care, partly due to perceived inhumane or discriminatory treatment. Additionally, communication gaps between health personnel and patients were identified, which limit women's understanding and empowerment regarding their pregnancy. These findings were supported by evidence from authors such as Moyano et al. (2023), Betancourt and García (2020), among others, who highlight that structural conditions of the health system, limited intercultural perspectives, and lack of health education are determining factors. It is concluded that prenatal care must be addressed comprehensively, promoting respectful, culturally appropriate, and woman-centered care.

Keywords: prenatal care, maternal health, access barriers, humanized care, intercultural approach

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Encalada Campos, G. E., Belduma Borbor, C. N., Duran Yaguana, K. Y., Fala Ávila, K. D., & Espinoza Tinoco, D. E. (2025). Importancia de los controles prenatales en la prevención de la muerte materna *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (3), 2485 – 2501. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i3.4126>

INTRODUCCIÓN

La muerte materna representa una de las manifestaciones más dolorosas de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, y es, a su vez, un indicador sensible de la calidad de la atención médica brindada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. En Ecuador, a pesar de los avances normativos y técnicos en la atención prenatal, los informes oficiales muestran que la mortalidad materna persiste como un problema de salud pública. Según el Registro Estadístico de Defunciones Generales 2023 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la razón de mortalidad materna (RMM) alcanzó 35,6 por cada 100.000 nacidos vivos, con un total de 95 muertes registradas, cifra que refleja un ligero aumento respecto al año 2022, cuando se reportó una RMM de 33,9 (INEC, 2024; INEC, 2023). Aunque esta cifra es menor que la del año 2021, que fue de 43,5, las variaciones anuales no permiten aún afirmar una tendencia sostenida a la baja, lo que evidencia la necesidad urgente de intervenciones preventivas más efectivas y sostenibles (INEC, 2022).

Entre los factores identificados como determinantes directos de la muerte materna, la falta de controles prenatales adecuados ocupa un lugar central. Diversos estudios han establecido una relación estrecha entre el número y la calidad de los controles prenatales y la prevención de complicaciones obstétricas. En este sentido, un artículo publicado por Dávila et al. (2023) muestra que el 41,46% de las muertes maternas analizadas se relacionaron con la ausencia total de control prenatal. Además, se determinó que por cada control prenatal adicional recibido, la mortalidad materna podría reducirse en aproximadamente 4,6 muertes, lo cual revela un potencial impacto significativo de las políticas públicas orientadas a ampliar y mejorar estos servicios.

Sin embargo, el desafío no radica únicamente en incrementar la cobertura, sino también en garantizar la calidad y la equidad en la atención. Investigaciones recientes en contextos locales como Manabí y Riobamba han identificado barreras importantes para el acceso efectivo a los controles prenatales: dificultades para agendar citas (98,69%), largos tiempos de espera (97,38%) y consultas breves (96,08%), son algunos de los factores que desalientan a las embarazadas a continuar con su atención (Cano y Marrero, 2024; Chafla et al., 2024). A ello se suma la limitación de recursos humanos y materiales, especialmente evidente durante la pandemia por COVID-19, la cual agravó la cobertura y la continuidad del seguimiento médico, como lo señaló un informe periodístico publicado en Plan V, donde se evidenció un incremento de 20 puntos en la RMM en plena crisis sanitaria (Morán, 2021).

La gravedad del problema también ha sido destacada por organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que resalta que cada dos minutos muere una mujer en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto, y que las disparidades en el acceso a la atención médica son una causa fundamental de este fenómeno (UNFPA, 2023). En el caso ecuatoriano, los informes del Ministerio de Salud Pública (MSP), como las gacetas epidemiológicas más recientes, muestran una persistencia preocupante de muertes maternas en determinadas provincias, lo cual sugiere desigualdades regionales que deben ser abordadas desde una perspectiva territorial e intercultural (INEC y MSP, 2018).

En este contexto, la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas constituye un territorio clave para el análisis, no solo por su ubicación estratégica en la región occidental del país, sino por su combinación de características urbanas y rurales que inciden directamente en los indicadores de salud. Con una población aproximada de 450.000 habitantes y una capital que concentra al 84,54% de sus habitantes, Santo Domingo experimenta una progresiva disminución en su tasa de natalidad: de 14,2 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en 2021 a 13,6 y 12,8 en los dos años siguientes (CityAdap, s.f.). No obstante, esta reducción se ve opacada por la persistencia de embarazos adolescentes, una problemática estructural que afecta principalmente a mujeres entre los 10 y 19 años. En 2021 se registraron 180 partos de adolescentes, y en la actualidad existen 190 reportes, reflejando una tendencia preocupante,

sobre todo si se considera que el centro de salud Augusto Egas atiende en promedio a 14 adolescentes embarazadas por mes.

Adicionalmente, Santo Domingo de los Tsáchilas se encuentra entre las provincias con mayor incidencia de embarazos en adolescentes, con 4,16 nacidos vivos por cada 1.000 madres adolescentes, una cifra solo comparable con provincias como Esmeraldas y Los Ríos. A esto se suma que, en el ámbito nacional, el 58% de los nacimientos en 2023 fueron de madres solteras, lo que plantea retos adicionales en términos de acompañamiento social y económico durante el embarazo. La alta tasa de cesáreas en el sector privado (57,5%) frente al sector público (22,3%) también sugiere desigualdades en la calidad y tipo de atención recibida, acentuando la necesidad de estudios más focalizados que identifiquen brechas específicas por región, edad y condición socioeconómica de las gestantes (GAD Municipal del cantón Santo Domingo, 2025).

En este contexto, la presente investigación se propone indagar la importancia del control prenatal en la prevención de la muerte materna mediante una encuesta dirigida a madres que han tenido acceso a servicios prenatales, con el fin de identificar patrones, percepciones, barreras y correlaciones en la atención recibida. El estudio adopta un enfoque comparativo, el cual permitirá contrastar las experiencias y resultados entre mujeres con diferentes niveles de cobertura y calidad en sus controles prenatales, para así aportar evidencia concreta sobre la efectividad preventiva de estos servicios y orientar recomendaciones dirigidas al sistema nacional de salud.

Desde este marco, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué relación existe entre la cantidad de controles prenatales recibidos y la aparición de complicaciones obstétricas en las mujeres encuestadas?
- ¿Cuáles son las principales barreras que las madres identifican para acceder a un control prenatal oportuno y de calidad?
- ¿Cómo varía la percepción de las usuarias sobre la efectividad del control prenatal en función del tipo de atención médica recibida?

Estas preguntas se corresponden con los objetivos específicos del estudio, que son: analizar el vínculo entre el número de controles prenatales y las complicaciones durante el embarazo, identificar las barreras más frecuentes para el acceso al control prenatal y examinar las diferencias en la percepción sobre la atención recibida. Para responder a estas interrogantes, se empleará un diseño cuantitativo de tipo descriptivo y comparativo, con aplicación de encuestas estructuradas en una muestra de madres usuarias de servicios prenatales en centros de salud públicos y privados. Así, esta investigación busca no solo generar datos empíricos útiles para las políticas sanitarias, sino también contribuir a una mayor conciencia social sobre la importancia de los controles prenatales como herramienta clave para salvaguardar la vida de las madres ecuatorianas.

METODOLOGÍA

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de lograr una comprensión integral del fenómeno de la mortalidad materna en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, con énfasis en las barreras de acceso a los controles prenatales. Este enfoque permitió triangular datos estadísticos oficiales con experiencias vividas por actores del sistema de salud, facilitando una visión holística del problema.

La población objeto de estudio estuvo conformada por mujeres embarazadas y madres recientes que acudieron a controles prenatales en tres centros de salud públicos de la ciudad de Santo Domingo: Centro de Salud Augusto Egas, Centro de Salud Tipo C y Hospital General Santo Domingo. Se incluyó a mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 45 años, de distintos niveles educativos y condiciones

socioeconómicas. Se establecieron como criterios de inclusión: estar residiendo en la provincia durante al menos los últimos seis meses y haber recibido atención prenatal en alguna institución pública entre enero de 2023 y abril de 2025. Se excluyó a mujeres con embarazos de alto riesgo que fueron derivadas a hospitales de otras provincias o atendidas exclusivamente en el sistema privado.

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, centrado en obtener representatividad según edad, nivel socioeconómico y frecuencia de controles prenatales. La muestra total fue de 60 mujeres, seleccionadas de manera proporcional entre los tres centros de atención mencionados. El tamaño de muestra se estableció con base en criterios de saturación teórica para la parte cualitativa, y viabilidad logística para el componente cuantitativo. Además, se incluyeron entrevistas a 6 profesionales de salud (3 ginecobstetras, 2 enfermeras obstétricas y 1 trabajador social) con experiencia directa en salud materna. La recolección de datos se realizó durante el primer trimestre de 2025, en contextos presenciales y bajo consentimiento informado.

Para la parte cuantitativa, se utilizó un cuestionario estructurado de 20 ítems, aplicado a las usuarias, con preguntas cerradas y de opción múltiple sobre la frecuencia de controles, tiempos de espera, nivel de satisfacción, complicaciones durante el embarazo y percepción de la calidad del servicio. Para el componente cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas con guías temáticas dirigidas a profesionales de salud, enfocadas en explorar percepciones sobre barreras estructurales, actitudes del personal, disponibilidad de recursos y efectos del entorno socioeconómico sobre la atención prenatal.

El diseño fue no experimental, de tipo descriptivo y transversal, ya que no se manipuló ninguna variable, sino que se observaron y describieron fenómenos tal como ocurren en el contexto real. La recolección de datos se llevó a cabo en un único momento temporal, lo que permitió establecer asociaciones entre variables como número de controles prenatales, características sociodemográficas y percepción de calidad del servicio. Esta estrategia metodológica buscó generar insumos relevantes para futuras intervenciones, políticas públicas o investigaciones de tipo longitudinal y/o evaluativas.

RESULTADOS

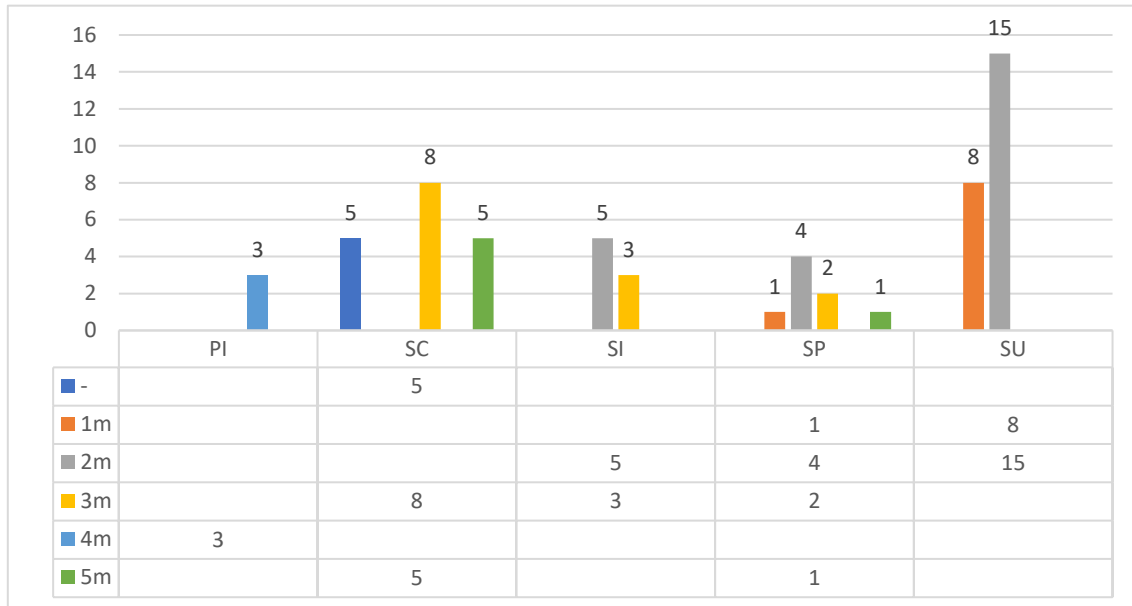
Encuesta a usuarias del centro de salud

Acceso vs. Nivel educativo

Para analizar si existe una relación entre el nivel educativo de las mujeres y el momento en que iniciaron sus controles prenatales, se cruzaron las respuestas obtenidas en las preguntas relacionadas con el nivel de escolaridad alcanzado y el mes de inicio de controles prenatales. La hipótesis planteada es que un mayor nivel educativo puede estar asociado con una atención más temprana durante el embarazo. En este cruce se incluyeron seis categorías de nivel educativo (desde primaria incompleta hasta estudios universitarios) y cinco momentos de inicio (del primer al quinto mes, además de una categoría para quienes no acudieron a controles). El análisis de estos datos permite observar tendencias y comportamientos diferenciados según el nivel de instrucción formal.

Gráfico 1

Relación entre nivel educativo de las mujeres y mes de inicio de controles prenatales



Nota: NE (Nivel Educativo): PI = Primaria incompleta, SC = Secundaria completa, SI = Secundaria incompleta, SP = Estudios superiores, SU = Superiores universitarios. PMC (Primer mes de control): 1m = Primer mes, 2m = Segundo mes, 3m = Tercer mes, 4m = Cuarto mes, 5m = Quinto mes, “-” = No asistió a controles.

Los resultados muestran una tendencia clara: a mayor nivel educativo, mayor probabilidad de iniciar tempranamente los controles prenatales. Por ejemplo, el 39% (15 de 38) de las mujeres con educación superior universitaria (SU) iniciaron los controles en el tercer mes, y 35% (8) en el segundo mes. Este grupo concentra el mayor número de mujeres con controles en los primeros tres meses (100%, excluyendo el 0% que no asistió).

En contraste, el grupo con primaria incompleta (PI) no registra controles en los tres primeros meses, y el 100% (3 de 3) inició controles en el quinto mes. El grupo de mujeres con secundaria completa (SC) muestra una distribución más dispersa: el 28% (5 de 18) inició en el primer mes, otro 28% (5) en el quinto, y el resto en el tercer mes, lo que sugiere una conducta más variada.

Las mujeres con secundaria incompleta (SI) también presentan retraso en el inicio, ya que el 62,5% (5 de 8) comenzó en el tercer mes y el 37,5% (3) en el cuarto. Por su parte, el grupo con estudios superiores (SP) tiene una leve dispersión: el 50% (4 de 8) inició en el tercer mes y un 12,5% (1) no asistió a ningún control.

En conclusión, los datos respaldan la hipótesis de que un mayor nivel educativo está asociado con un inicio más temprano del control prenatal, lo cual tiene implicaciones importantes para las políticas de educación en salud sexual y reproductiva, especialmente en grupos con bajo nivel de escolaridad.

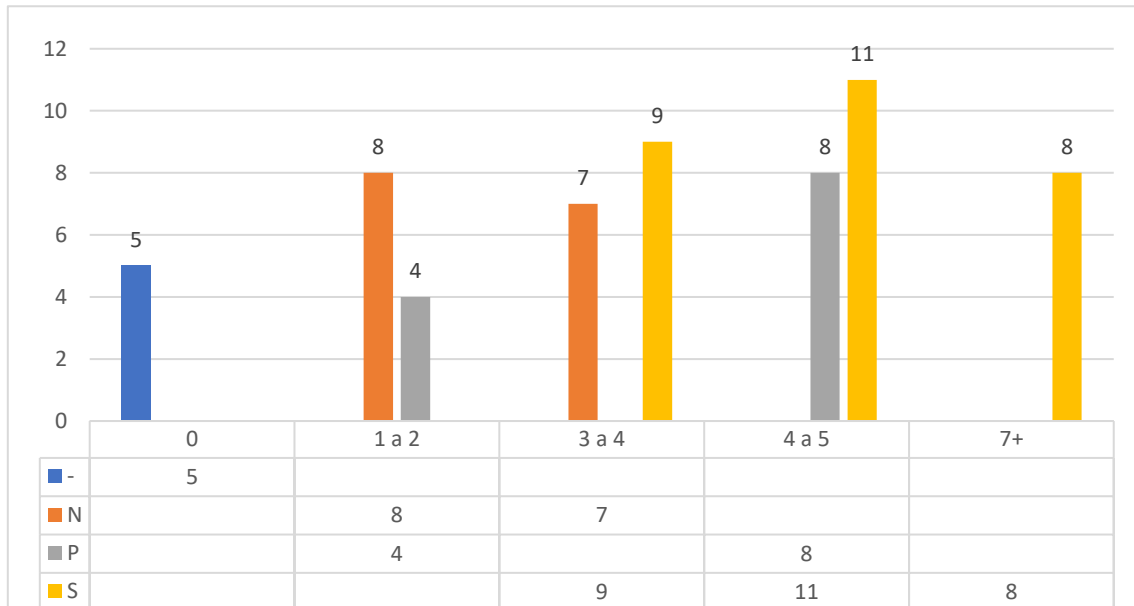
Calidad percibida vs. número de controles

Para evaluar si existe una relación entre el número de controles prenatales realizados por las mujeres durante su embarazo y su percepción sobre la calidad del servicio recibido, se cruzaron las variables Controles prenatales completos (CPC) y Calidad del servicio (CSQ). Esta relación permite identificar si

un mayor seguimiento médico se vincula con una mejor valoración del servicio. La variable "CPC" fue dividida en cinco categorías, desde "ningún control" hasta "más de siete controles", mientras que la percepción del servicio se clasificó en tres niveles: "S" (satisfacción), "P" (parcialmente satisfecha) y "N" (no satisfecha). A continuación, se detalla la distribución de frecuencias observada.

Gráfico 2

Distribución de percepción del servicio según número de controles prenatales realizados



Nota: CSQ (Calidad del servicio): S = Satisfecha | P = Parcialmente satisfecha | N = No satisfecha | - = No respondió. CPC (Controles prenatales completos): 0 = Ningún control | 1-2 = Uno o dos controles | 3-4 = De tres a cuatro controles | 5-6 = De cinco a seis controles | 7+ = Siete o más controles.

El análisis muestra una clara correlación positiva entre el número de controles prenatales realizados y la satisfacción con el servicio recibido. Entre las mujeres que asistieron a siete o más controles, el 100% (8 de 8) manifestó satisfacción con el servicio. De igual forma, en el grupo que acudió entre cinco y seis veces, 11 de 19 mujeres (57,9%) declararon estar satisfechas y 8 (42,1%) se mostraron parcialmente satisfechas, sin ningún caso de insatisfacción.

Por el contrario, entre las mujeres que asistieron únicamente entre uno y dos controles, la mayoría declaró insatisfacción: 8 de 12 (66,7%) no estuvieron satisfechas y 4 (33,3%) se sintieron parcialmente satisfechas. Ninguna de ellas reportó estar plenamente satisfecha con el servicio.

En cuanto al grupo que realizó entre tres y cuatro controles, 9 de 16 (56,3%) se mostraron satisfechas y 7 (43,8%) no lo estuvieron. También es notable que el 100% de las mujeres que no asistieron a controles (5 casos) no emitieron opinión sobre la calidad del servicio, lo que puede explicarse por la falta de experiencia directa con el sistema de atención.

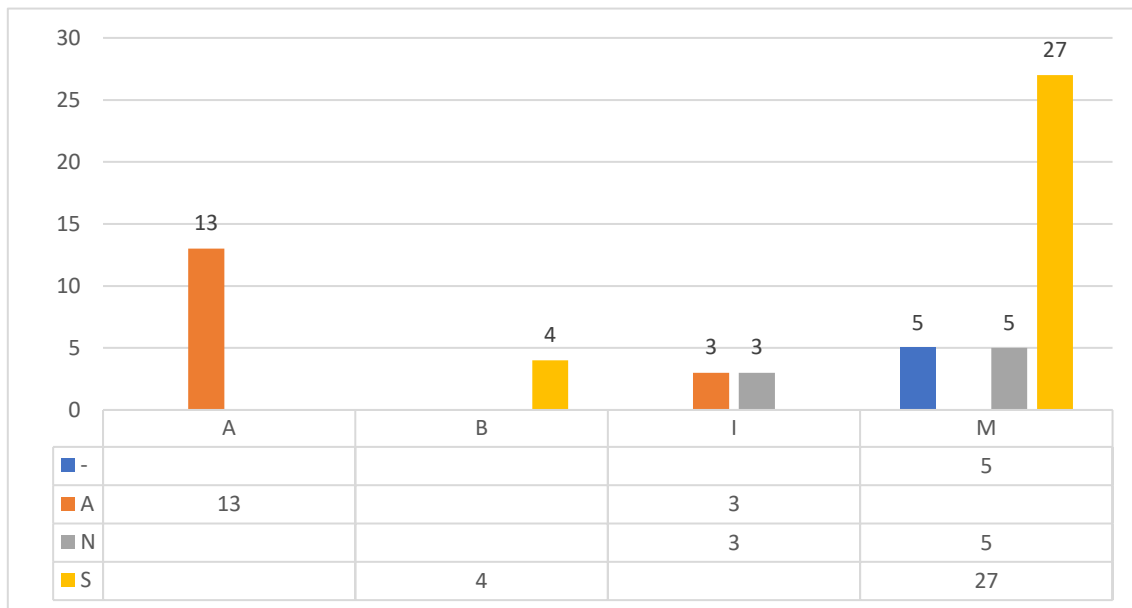
Por tanto, los resultados sugieren que la satisfacción con el servicio prenatal tiende a aumentar conforme se incrementa el número de controles prenatales realizados, lo que podría estar vinculado con una atención más continua, un vínculo más fuerte con el personal médico y una mayor percepción de cuidado y seguimiento durante el embarazo.

Etnia y trato recibido

Con el propósito de conocer si existe una diferencia en la percepción del trato respetuoso recibido por parte del personal de salud según la etnia de las mujeres entrevistadas, se relacionaron estas dos variables. El objetivo fue identificar si ciertos grupos étnicos, como las mujeres afrodescendientes o indígenas, perciben un trato menos favorable en comparación con las mujeres mestizas o blancas. Se registraron cuatro niveles de respuesta sobre trato: "Siempre", "A veces", "Nunca" y sin respuesta.

Gráfico 3

Distribución de la percepción sobre trato respetuoso según etnia de la entrevistada



Nota: ETN (Etnia): M = Mestiza | A = Afroecuatoriana | I = Indígena | B = Blanca TRD (Trato respetuoso): S = Siempre | A = A veces | N = Nunca | - = No respondió

Los datos revelan importantes diferencias en la percepción del trato respetuoso según la etnia. Las mujeres blancas son las únicas que reportaron una percepción completamente positiva: 4 de 4 (100%) afirmaron haber recibido siempre un trato respetuoso. En contraste, el 100% de las mujeres afrodescendientes (13 de 13) indicaron que solo a veces recibieron un trato respetuoso, sin reportes en las categorías "siempre" o "nunca".

El caso de las mujeres indígenas es el más preocupante: 3 de 6 (50%) afirmaron que nunca recibieron un trato respetuoso, y las otras 3 (50%) respondieron "a veces". Ninguna mujer indígena reportó haber sido tratada siempre con respeto.

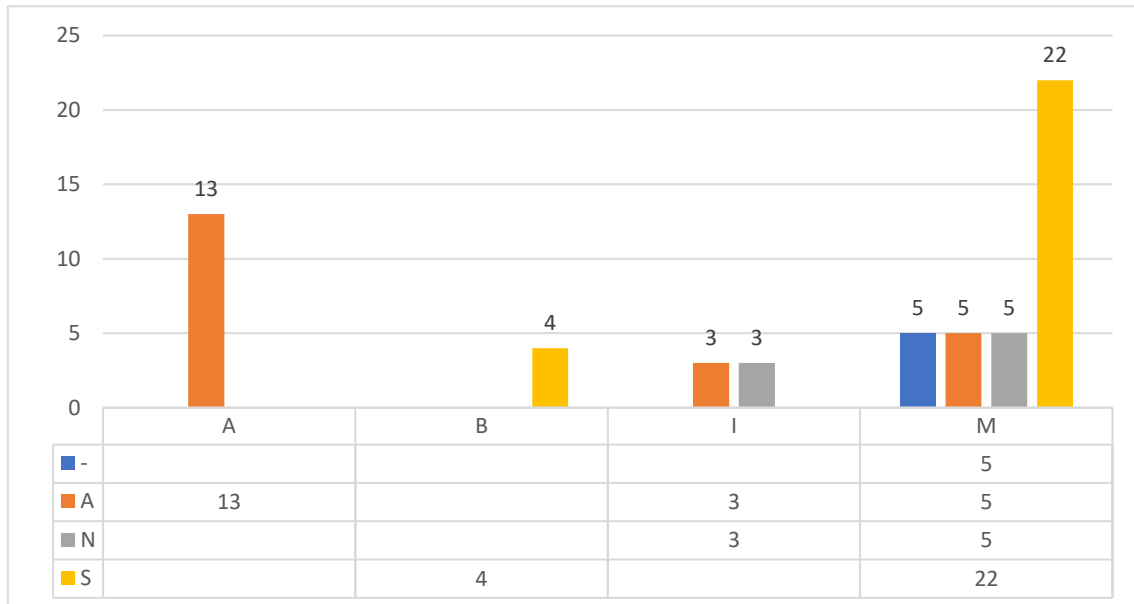
Entre las mujeres mestizas, se observa una mayor diversidad en las respuestas: 22 de 37 (59,5%) señalaron haber sido tratadas siempre con respeto, mientras que el resto se distribuye entre "a veces" (5 casos, 13,5%), "nunca" (5 casos, 13,5%) y sin respuesta (5 casos, 13,5%).

En resumen, las mujeres blancas y mestizas tienen mayor percepción de haber recibido un trato respetuoso, mientras que las mujeres afrodescendientes e indígenas reportan un trato menos favorable, lo que sugiere posibles sesgos o desigualdades en el servicio que deben ser abordadas con urgencia.

Esta segunda relación analiza si las mujeres, según su etnia, consideran que el personal de salud les explicó adecuadamente los resultados médicos relacionados con sus controles prenatales. Esta variable aporta información valiosa sobre el componente informativo y comunicacional del servicio, fundamental para la comprensión y toma de decisiones durante el embarazo.

Gráfico 4

Distribución de respuestas sobre explicación de resultados según etnia de la encuestada



Nota: ETN (Etnia): M = Mestiza | A = Afroecuatoriana | I = Indígena | B = Blanca. ERC (Explicación de resultados): S = Siempre | A = A veces | N = Nunca | - = No respondió

El patrón se repite de manera consistente con el análisis anterior. Las mujeres blancas reportan el nivel más alto de satisfacción comunicacional: 100% (4 de 4) indicó haber recibido siempre una explicación de los resultados. En contraste, ninguna mujer afrodescendiente o indígena afirmó haber recibido siempre explicaciones.

Las 13 mujeres afrodescendientes (100%) indicaron que solo a veces se les explicaron los resultados, mientras que la mitad de las mujeres indígenas (3 de 6, 50%) dijo que nunca se les explicó nada.

Las mujeres mestizas reflejan nuevamente una mayor diversidad de experiencias: 22 de 37 (59,5%) recibieron siempre explicaciones, pero el resto se dividió entre "a veces" (13,5%), "nunca" (13,5%) y sin respuesta (13,5%).

Estos hallazgos refuerzan la existencia de brechas en la comunicación del personal de salud con mujeres afrodescendientes e indígenas, lo cual no solo afecta su satisfacción con el servicio, sino también su capacidad para entender y tomar decisiones informadas sobre su salud materna.

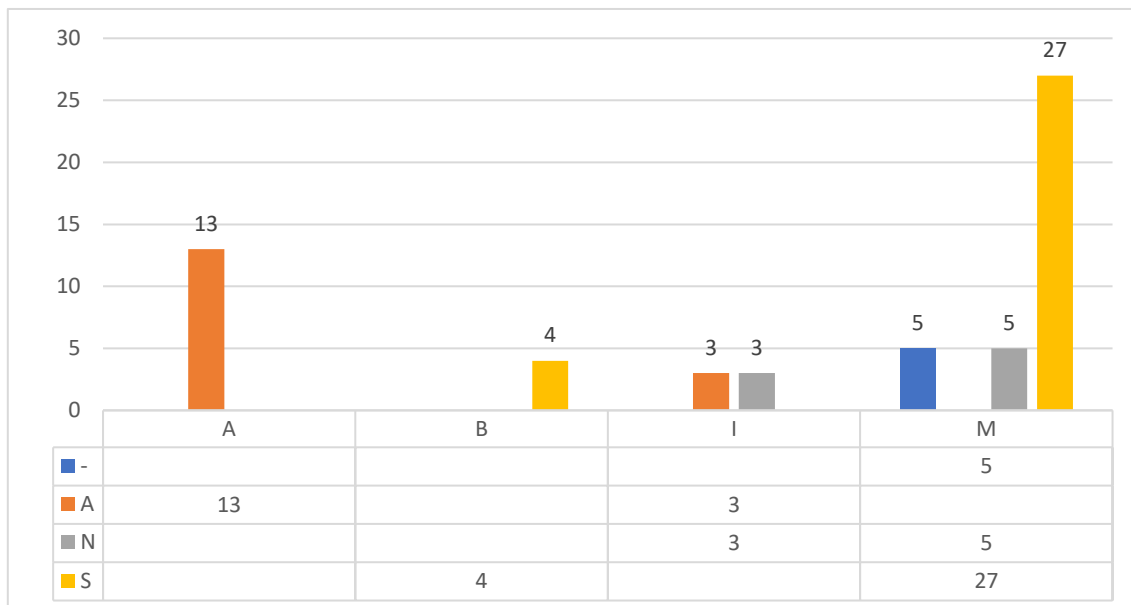
Residencia y acceso

Se analizaron dos relaciones para evaluar el impacto del lugar de residencia (zona urbana o rural) en el acceso a los controles prenatales. En primer lugar, se cruzaron las variables residencia y asistencia a controles para identificar si vivir en zonas rurales implica una menor asistencia. En segundo lugar, se

examinó la relación entre residencia y tipo de dificultad enfrentada para asistir, con el fin de entender las barreras más comunes en función del contexto territorial.

Gráfico 5

Asistencia a controles prenatales según lugar de residencia

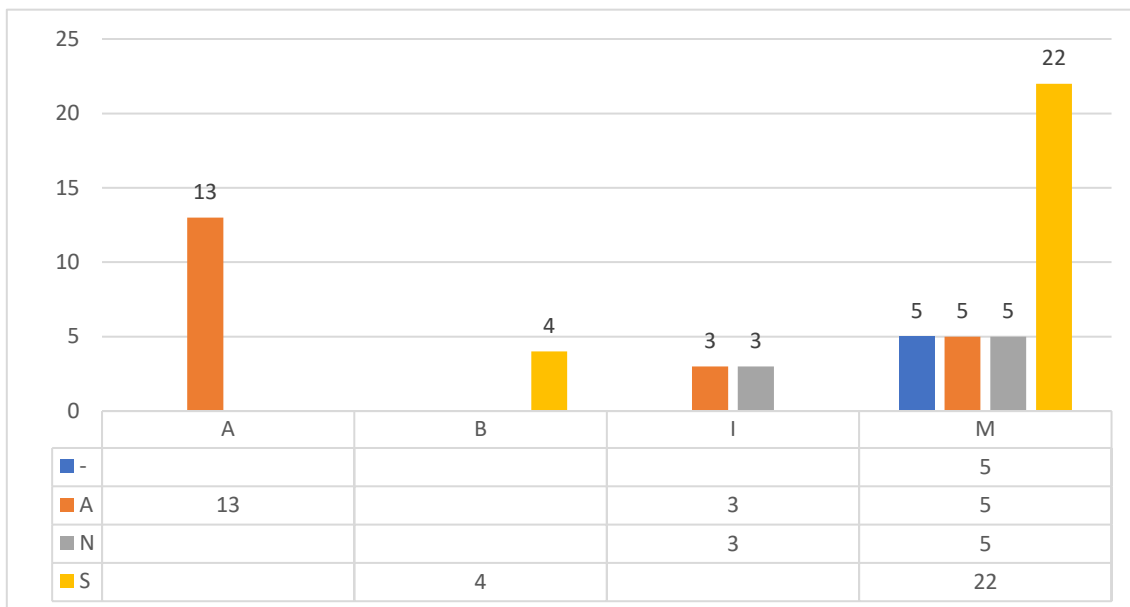


Nota: ACP (Asistencia a controles prenatales): Sí = Asistió a controles prenatales / No = No asistió.
Reside: R = Zona rural / U = Zona urbana

El cruce muestra que todas las mujeres que no asistieron a controles prenatales viven en zonas rurales (5 de 10, 50%), mientras que el 100% de las mujeres urbanas (50 de 50) sí asistieron. Esto indica una clara desventaja para las mujeres rurales, ya que la mitad de ellas (5 de 10, 50%) no accedieron a ningún control prenatal, comparado con un 0% de inasistencia en el área urbana. Esta diferencia sugiere que el lugar de residencia tiene una influencia directa y crítica sobre el acceso a los servicios de salud materna.

Gráfico 6

Tipo de dificultad para asistir a controles según residencia.



Nota: DFC (Dificultad para control): F = Cuidado de hijos u obligaciones familiares; H = Horarios poco accesibles; M = Mal trato recibido; T1 = Dificultad de transporte; T2 = Combinación de todas; “-”= No respondió (no asistió). Reside: R = Zona rural / U = Zona urbana.

El tipo de dificultad reportada para asistir a controles prenatales también varía según el contexto residencial. En el área rural, las 5 mujeres que no asistieron a controles tampoco respondieron sobre las dificultades, probablemente porque no accedieron al servicio en absoluto. Las otras 5 mujeres rurales que sí asistieron identificaron el horario (5 de 10, 50%) como el principal obstáculo, lo que puede estar relacionado con escasez de oferta de servicios en horarios compatibles con sus actividades.

En contraste, en zonas urbanas, el tipo de dificultad es más variado. La más común fue el cuidado de hijos u obligaciones familiares con 28 casos (56%), seguida por los horarios (11 casos, 22%). El mal trato y la dificultad de transporte fueron reportados en menor medida (3 y 4 casos, respectivamente), mientras que 4 mujeres urbanas (8%) reportaron haber enfrentado todas las dificultades simultáneamente.

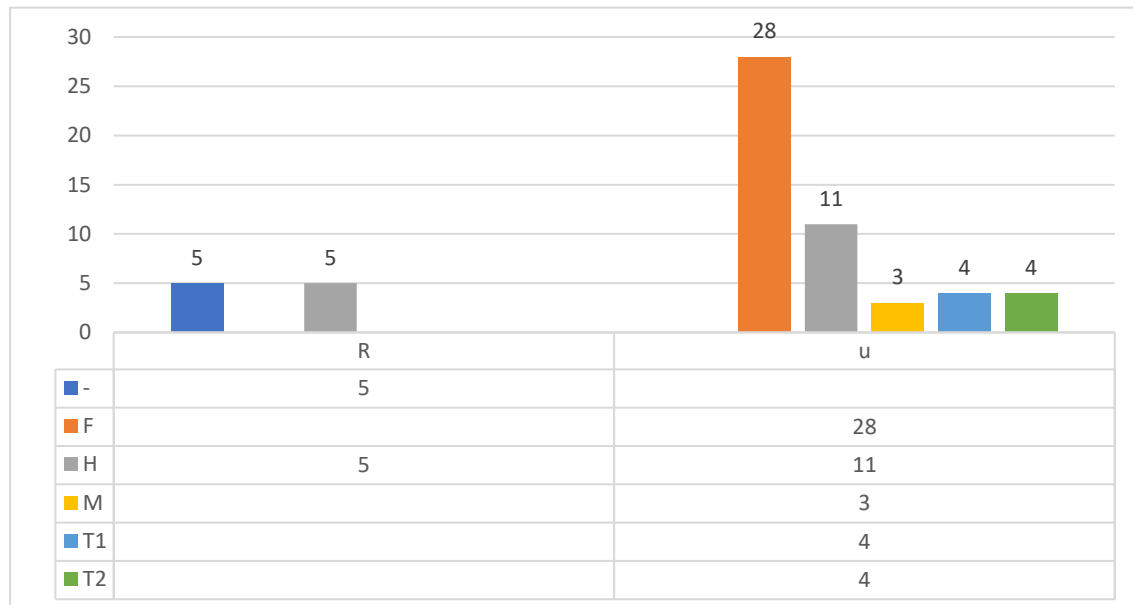
Este análisis confirma que, aunque las mujeres urbanas también enfrentan barreras, las mujeres rurales tienen menos acceso efectivo al servicio, y en los casos en que acceden, su principal obstáculo es la incompatibilidad horaria, lo que sugiere un problema estructural de disponibilidad y adecuación de los servicios en zonas rurales.

Complicaciones y controles

Se cruzaron dos variables: el número de controles prenatales completos (CPC) y la presencia de complicaciones durante el embarazo o el parto (CPCM), con el fin de explorar si existe una asociación entre una atención prenatal insuficiente y el aumento de complicaciones maternas o del recién nacido. Se esperaba que las mujeres que realizaron un número bajo o nulo de controles presentaran mayor incidencia de complicaciones, mientras que quienes cumplieron con un control adecuado reportaran menos problemas durante el embarazo.

Gráfico 7

Complicaciones durante el embarazo según número de controles prenatales



Nota: CPC (Controles prenatales completos): 0 = No asistió a controles; 1-2, 3-4, 5-6 = Número de controles realizados; 7+ = Siete o más controles. CPCM (Complicación madre o bebé): Sí = Tuvo complicaciones durante el embarazo o el parto; No = No tuvo complicaciones; "-" = Sin datos (no asistió ni respondió).

El análisis de los resultados evidencia una relación inversa entre el número de controles prenatales realizados y la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo o el parto. Es decir, a medida que aumenta la cantidad de controles realizados, disminuye la frecuencia de complicaciones reportadas por las mujeres encuestadas. Este hallazgo confirma la relevancia de una atención prenatal oportuna y completa como medida preventiva fundamental para la salud materna y neonatal.

En el grupo de mujeres que solo asistió a uno o dos controles prenatales, el 100% (12 de 12) reportó haber experimentado complicaciones, lo que representa el valor más alto de todos los grupos. Por el contrario, entre quienes realizaron entre tres y cuatro controles, únicamente el 18,75% (3 de 16) presentó complicaciones, mientras que el 81,25% (13 de 16) no reportó ningún problema. Asimismo, entre las mujeres que asistieron a cinco o seis controles, la incidencia de complicaciones fue del 21,05% (4 de 19), evidenciando una mejora en comparación con el grupo de menor cobertura.

Destaca especialmente el hecho de que ninguna de las ocho mujeres que completaron siete o más controles prenatales manifestó haber tenido complicaciones, lo que equivale al 0% de este grupo. Este dato refuerza la hipótesis de que una mayor frecuencia de controles médicos durante el embarazo se asocia directamente con mejores resultados en términos de salud materna y del recién nacido. Aunque cinco mujeres no acudieron a controles prenatales y, por tanto, no aportaron datos sobre complicaciones, su exclusión del análisis no altera la tendencia observada. En conjunto, estos resultados respaldan la importancia de garantizar el acceso universal y continuo a la atención prenatal como una política de salud pública prioritaria.

Entrevista a profesionales de la salud

Tabla 1

Análisis temático de entrevistas a profesionales de salud

Tema / Entrevistado	E1	E2	E3	E4	E5	E6
1. Dificultades de acceso	Distancia y falta de transporte en zonas rurales.	Poca información y barreras económicas.	Miedo y desconocimiento del proceso.	Horarios inadecuados para mujeres con hijos.	Rechazo inicial por malas experiencias previas.	Falta de apoyo familiar y escaso acompañamiento social.
2. Infraestructura y personal	Personal insuficiente para la demanda.	Falta de equipos básicos en algunos turnos.	Turnos sobrecargados, atención apresurada.	Dificultad para cubrir emergencias y controles.	Inestabilidad de personal suplente.	Débil articulación entre salud y protección social.
3. Organización de turnos y citas	Citas tardías, incluso luego del 3er mes.	Mujeres no entienden cómo sacar turno.	No hay seguimiento si no acuden.	Mucha demora en agendamiento.	Sistema digital poco accesible para mujeres sin conectividad.	Ausencia de estrategias comunitarias para captar usuarias.
4. Diferencias socioculturales	Mujeres indígenas se sienten juzgadas.	Afrodescendientes acuden menos por desconfianza.	Barreras idiomáticas no resueltas.	Se nota desigual trato hacia mujeres rurales.	Algunas creen que no necesitan controles si ya han parido antes.	Prejuicios del personal afectan la asistencia de ciertos grupos.
5. Calidad percibida del servicio	Insatisfacción cuando no hay continuidad con un mismo médico.	Quejas frecuentes por poco tiempo de consulta.	Poca entrega de resultados.	Falta de empatía en algunos colegas.	Buen trato depende del turno y profesional.	Pacientes sienten que no se les escucha.
6. Complicaciones frecuentes sin control	Anemia, partos prematuros.	Hipertensión y preeclampsia.	Infecciones urinarias y bajo peso fetal.	Abortos espontáneos no detectados.	Emergencias obstétricas por falta de seguimiento.	Mayor tasa de mortalidad en madres sin controles.
7. Propuestas de mejora	Salidas móviles a zonas alejadas.	Talleres educativos sobre derechos maternos.	Mayor capacitación al personal en interculturalidad.	Más personal y flexibilidad de horarios.	Seguimiento con promotoras comunitarias.	Articulación con líderes barriales y sociales.

Nota: E1 = Ginecobstetra 1 | E2 = Ginecobstetra 2 | E3 = Ginecobstetra 3 | E4 = Enfermera obstétrica 1 | E5 = Enfermera obstétrica 2 | E6 = Trabajador social.

Las entrevistas realizadas a profesionales de salud permitieron identificar barreras estructurales, organizativas y socioculturales que inciden directamente en la baja asistencia y continuidad de los controles prenatales en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Entre los hallazgos más relevantes se evidenció que la distancia geográfica, la falta de transporte y la escasa articulación institucional dificultan el acceso oportuno, especialmente para mujeres en zonas rurales. Asimismo, se señaló la deficiencia de infraestructura y personal, así como una deficiente organización de turnos y agendamientos, lo que genera demoras y pérdida de seguimiento. Otro aspecto crítico fue el trato diferenciado hacia mujeres indígenas o afrodescendientes, quienes enfrentan barreras culturales y percepciones de discriminación.

Finalmente, se destacó que la falta de controles prenatales completos está asociada con complicaciones evitables durante el embarazo, lo que refuerza la necesidad urgente de implementar estrategias interculturales, equipos móviles de salud y acciones comunitarias sostenidas que garanticen el derecho a una atención materna integral y digna.

DISCUSIÓN

A partir del análisis cuantitativo de las encuestas, se evidenció que el 56% de las gestantes encuestadas acudieron de forma tardía al control prenatal, iniciándolo después del primer trimestre de gestación, mientras que solo un 28% logró cumplir con la frecuencia mínima recomendada de controles prenatales, según las normativas nacionales. En las entrevistas en profundidad, muchas participantes mencionaron barreras como la falta de conocimiento sobre la importancia del control prenatal, la distancia al centro de salud y la percepción de una atención despersonalizada o poco empática.

Estas percepciones coinciden con los hallazgos de Moyano et al. (2023), quienes identificaron que solo el 9% de las gestantes entrevistadas en Cartagena y El Carmen de Bolívar comprendían el alcance completo del programa de control prenatal. Mientras en zonas urbanas se lo asociaba con servicios de salud, en contextos rurales era percibido principalmente como una instancia educativa. Esta fragmentación en la comprensión sugiere que el componente comunicacional de los programas está fallando, dejando brechas significativas en la percepción de las usuarias. Moyano y su equipo enfatizan que un diseño más sensible a las realidades socioculturales permitiría una intervención más integral y efectiva.

Por otra parte, el 64% de las entrevistadas en la presente investigación manifestaron haber tenido que esperar más de 15 días para obtener una cita, y el 42% señaló dificultades económicas para costear los traslados, lo que guarda correlación con los resultados obtenidos por Betancourt y García (2020), quienes en su estudio en el ambulatorio Manuel Navas Lizardo, identificaron como principales factores de no adherencia al control prenatal: el factor económico, el transporte, la distancia al centro de salud, la asignación tardía de citas y, sobre todo, un deficiente nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal. En este sentido, se evidencia la necesidad urgente de intervenciones educativas, como talleres o charlas, que no solo informen, sino que conecten con las realidades y expectativas de las mujeres gestantes.

De igual forma, las entrevistas revelaron casos de mujeres que experimentaron trato humillante o despectivo durante sus controles. Algunas mencionaron sentirse “regañadas” o “invisibilizadas”, especialmente en su primera visita. Estos testimonios permiten visibilizar una problemática estructural: la violencia obstétrica, abordada con contundencia por Zambrano et al. (2024), según su análisis, las tasas más altas de violencia obstétrica en Ecuador se concentran en provincias rurales como Morona Santiago, Carchi e Imbabura. Además, su estudio muestra que las mujeres indígenas y afrodescendientes reportan mayor prevalencia de este tipo de violencia, reflejo de una atención inequitativa basada en la etnicidad y el nivel educativo. Zambrano propone que la promoción de la educación y la transformación de las prácticas institucionales son estrategias indispensables para disminuir esta forma de violencia institucionalizada.

Asimismo, desde la perspectiva de la salud intercultural, Aguilar et al. (2020) destacan la urgencia de construir políticas públicas que reconozcan la coexistencia de distintos modelos médicos, especialmente en contextos indígenas o rurales. El análisis del estudio indica que las políticas de salud deben integrar elementos como el uso de lenguas indígenas, el reconocimiento de la medicina ancestral, y una formación intercultural obligatoria para el personal médico. En este sentido, cuando en nuestras entrevistas se documentaron casos en los que las gestantes no eran comprendidas o eran tratadas con desdén por hablar su lengua materna o por referirse a prácticas tradicionales, se confirma que la salud en Ecuador aún tiene una deuda profunda con la interculturalidad. La implementación de una atención verdaderamente intercultural puede constituirse como una vía de humanización, reconociendo los saberes tradicionales y propiciando un trato digno.

Finalmente, desde una mirada estadística, los resultados obtenidos por Gómez y Lezama (2024) en el análisis de 147 historias clínicas en un hospital público de nivel II revelaron que el 65% de las puérperas tuvieron un control prenatal incompleto, y aunque el 47.6% no presentó complicaciones, se registraron casos de infección urinaria (19.05%), anemia (12.24%), y preeclampsia puerperal (6.8%), entre otros. En recién nacidos, el 61.2% no tuvo complicaciones, pero se observaron casos de ictericia (12.93%), prematuridad (6.12%), y sepsis neonatal (5.44%). Este tipo de hallazgos no pueden ser subestimados, ya que refuerzan la evidencia de que un control prenatal incompleto está correlacionado con riesgos clínicos evitables, tanto para la madre como para el neonato.

CONCLUSIÓN

El análisis combinado de encuestas, entrevistas y literatura científica revela que el control prenatal en Ecuador, especialmente en contextos rurales y poblaciones vulnerables, enfrenta múltiples desafíos que van más allá del acceso físico a los servicios de salud. La baja frecuencia de controles, el inicio tardío de la atención, las barreras económicas, geográficas y culturales, así como las experiencias de violencia obstétrica y trato deshumanizado, reflejan una atención fragmentada, excluyente y muchas veces ineficaz.

Los hallazgos de estudios recientes confirman que estas problemáticas son estructurales y están asociadas a la falta de educación en salud, la debilidad de los sistemas de seguimiento, la ausencia de una perspectiva intercultural y la deshumanización de la atención médica.

Por tanto, el control prenatal no puede seguir entendiéndose como una simple prestación médica, sino como un proceso integral que requiere educación, comunicación efectiva, sensibilidad cultural y trato digno. Reformular las políticas públicas, capacitar al personal de salud en enfoques interculturales y humanistas, y empoderar a las gestantes como sujetos activos de su salud son pasos imprescindibles para lograr una maternidad segura, consciente y respetada.


REFERENCIAS

- Aguilar, M., Tobar, M., y García, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Rev. Salud Pública*, 22(4), 463-467. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.87320>
- Betancourt, A., y García, M. (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://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>
- Cano, M., y Marrero, 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>
- Chafra, M., Valencia, G., Chafra, L., Arias, A., Barahona, M., y Rodríguez, M. (2024). Calidad de la atención de salud en el control prenatal de la parroquia Yaruquíes del cantón Riobamba Enero-Diciembre 2021. *Revista científica digital La Ciencia al servicio de la Salud y Nutrición*, 15(Esp.), 151-159. <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol15.IssEd.Esp.312>
- CityAdap. (s.f.). Santo Domingo. CityAdap: https://cityadapt.com/ciudad/santodomingo/#:~:text=Informaci%C3%B3n%20Demogr%C3%A1fica%20*%20%C3%9Altimo%20censo%202022%20con,parroquiales%20y%20asentamientos%20rurales%20concentrados%20y%20dispersos.
- Dávila, J., Palacios, M., y Macías, Á. (2023). Mortalidad materna y control prenatal. *RECIMUNDO*, 7(1), 456-467. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.456-467](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.456-467)
- GAD Municipal del cantón Santo Domingo. (2025). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Ciudad Región 2050. Santo Domingo. Santo Domingo de los Colorados, Ecuador. <https://www.santodomingo.gob.ec/wp-content/uploads/2025/01/PDOT-2050-VERSION-FINAL30oct2024-signed-signed.pdf>
- Gomez, D., y Lezama, D. (2024). Control prenatal y complicaciones en púerperas y recién nacidos atendidos en un Hospital público nivel II. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo]. <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4bba5ef2-b32b-4be7-ad5d-11d89a324fb0/content>
- INEC. (2022). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales. Población y Migración. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Bolet%C3%ADn_EDG_v1.pdf
- INEC. (2023). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales. Población y Migración. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2022/Boletin_EDG_2022.pdf
- INEC. (2024). Estadísticas vitales. Registro estadístico de defunciones generales 2023. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Principales_resultados_EDG_2023.pdf
- INEC y MSP. (2018). Cierre del proceso de homologación del dato de muertes maternas. Instituto Técnico de Estadísticas y Censos.
- Morán, S. (8 de junio de 2021). La mortalidad materna se disparó 20 puntos en Ecuador durante la pandemia. Plan V. <https://planv.com.ec/historias/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia/>

Moyano, L., Alvis, N., Bustamante, L., Salcedo, F., Jerez, M., y Alvis, N. (2023). Conocimientos y experiencias de mujeres gestantes sobre un programa de control prenatal: un análisis cualitativo. *Revista Investigación & Sociedad*, 1(1), 28-46. <http://revista.umayor.edu.co/ojs/index.php/revistainvestigacionysociedad/article/view/154/215>

UNFPA. (23 de febrero de 2023). Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas. Fondo de Población de las Naciones Unidas. <https://ecuador.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto-organismos-de-las-0>

Zambrano, J., Diaz, G., y Oscuez, G. (2024). Caracterización de la violencia obstétrica en Ecuador y su impacto en la salud pública. *Revista Pertinencia Académica*, 8(3). <https://doi.org/10.5281/zenodo.15168355>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .