



UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**FACTORES DE RIESGO EN MUJERES
EMBARAZADAS EXTRANJERAS SIN
CONTROL PRENATAL RELACIONADOS
CON LOS INDICADORES DE MORTALIDAD
MATERNO INFANTIL, REVISIÓN
SISTEMÁTICA DEL 2015 AL 2025**

INDIRA VANESSA ÁLVAREZ CANALES

JUNIO, 2025

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
DEDICATORIA	8
AGRADECIMIENTO	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Antecedentes del problema	14
1.1.2 Delimitación del problema	19
1.1.3 Justificación	19
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos	21
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	22
1.4.1. Alcances de la investigación	22

	3
1.4.2. Limitaciones de la investigación	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	24
2.1 Salud materno infantil	25
2.2 Embarazo	25
2.3 Control parental	26
2.3.1 Importancia del Control Prenatal.....	27
2.4 Factores de riesgo en el embarazo	33
2.4.1 Factores Biológicos	33
2.4.2. Factores Socioeconómicos	38
2.4.3. Factores Culturales y Migratorios	43
2.5. Consecuencias Mortalidad Materno Infantil	49
2.5.1. Partos en alto riesgo.....	51
2.5.2. Tasa de nacimientos prematuros.....	52
2.5.3. Mortalidad materna y neonatal	53
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	56
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	57
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS Y OBJETOS DE ESTUDIO	58
3.3.1 Área de estudio	58
3.3.2 Fuentes de información	58

	4
3.3.3. Población	58
3.3.4. Muestra	59
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	59
3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	60
3.4.2 Método PRISMA.....	60
3.4.3 Pregunta PICO.....	61
3.4.4 Estrategia de búsqueda	62
3.4.5 Algoritmo de búsqueda.....	63
3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	65
3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS	65
3.6 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	66
3.7. ANÁLISIS DE DATOS.....	71
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	72
4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	73
4.1.1. Generalidades sobre los estudios seleccionados.....	73
4.2. Descripción de factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.....	76
4.3. Identificación de indicadores de mortalidad materno infantil que se presentan en mujeres embarazadas sin control prenatal.....	83

4.4. Relación de factores de riesgo identificados con los indicadores de mortalidad materno infantil.....	87
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	93
5.1. Descripción de factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.....	94
5.2. Identificación de indicadores de mortalidad materno infantil que se presentan en mujeres embarazadas sin control prenatal.....	100
5.3. Relación de factores de riesgo identificados con los indicadores de mortalidad materno infantil.....	103
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
6.1 CONCLUSIONES.....	106
6.2 RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	109
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	120
ANEXOS	121
DECLARACIÓN JURADA.....	121
CARTAS DE APROBACIÓN.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión.....	59
Tabla 2 Sistema PICO.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3 Palabras utilizadas en la búsqueda de artículos científicos para la revisión	62
Tabla 4 Estrategia de búsqueda en Pubmed, Redalyc, Dialnet, Google Académico	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 5 Matriz de extracción de datos	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Mapa conceptual ¡Error! Marcador no definido.

Figura 2 Diagrama de diseño de la investigación..... 61

DEDICATORIA

Le dedico este logro a mi familia en general, principalmente a mis padres, mi hermano y su esposa, por permitirle a mi niña interior cumplir su sueño, por orientarme hacia el bien, por nunca dudar de mí, por limpiar mis heridas en cada una de las caídas y por enseñarme el camino correcto de la vida.

También dedicada a mis amigas por el apoyo incondicional, por enseñarme que soy más valiente de lo que pensaba, por mostrarme que los límites están en mi cabeza.

Dedicada a mis sobrinos Fabián y Emma, por qué con su inocencia han sabido llenarme el alma de paz, me han enseñado el significado de paciencia y de amor incondicional.

A mis abuelitas, Francisca y Vilma, por nunca dudar de mí, una dedicatoria especial hasta el cielo...

Finalmente me dedico esta tesis a mí, por nunca rendirme, por romper límites y por siempre ser **FUERTE Y VALIENTE.**

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecimiento a Dios, por permitirme cumplir un sueño, por darme salud y fuerza para culminar mis metas.

Con el corazón en las manos le agradezco a mis padres, por siempre apoyarme, por confiar en mí y por nunca dejarme sola.

Gracias infinitas a mis amigas por su apoyo incondicional, por secar mis lágrimas cuando lo necesité y por nunca dudar de mí.

Finalmente, gracias a la Dra. Castro por su asesoría y su tiempo brindado para la conclusión de este proyecto.

RESUMEN

La investigación se centra en comprender los factores de riesgo que enfrentan las mujeres embarazadas extranjeras que no reciben atención prenatal, y cómo estos se relacionan con los índices de mortalidad materna e infantil. Para ello, se toma como referencia una muestra compuesta por estudios realizados en mujeres migrantes en estado de gestación que no han tenido acceso a controles médicos durante el embarazo. El enfoque demográfico considera a mujeres de entre 15 y 40 años, pertenecientes a comunidades de escasos recursos, con niveles educativos variados, aunque en su mayoría con una formación básica incompleta, y que atraviesan condiciones de vulnerabilidad tanto en lo social como en lo legal. El objetivo principal de la investigación es determinar los factores de riesgo en embarazadas extranjeras sin control prenatal en relación con los indicadores de mortalidad materno infantil, a nivel mundial entre el 2015 al 2025. El enfoque metodológico de la investigación es cualitativo y como instrumento de investigación se implementa una revisión sistemática, donde se tiene como muestra final un total de diez artículos científicos que cumplen con los criterios de inclusión y que obtuvieron el nivel más alto de evidencia. Como principal resultado, se tiene que, la evidencia converge en que la ausencia o la tardanza del control prenatal, sumada a la vulnerabilidad socioeconómica y a comorbilidades mal vigiladas, duplica el riesgo de muerte materna y multiplica los indicadores críticos de mortalidad infantil: bajo peso al nacer, prematuridad, hemorragia, sepsis y un perfil de *near-miss* materno con hipertensión y hemorragia severa. Como principal conclusión, se tiene que, sin una intervención integral que combine captación prenatal temprana, cobertura sanitaria universal y estrategias contra la discriminación y la desinformación, madre e hijo seguirán atrapados en un círculo de riesgo prevenible que traspasa lo clínico y se refuerza en lo social.

Palabras clave: Control prenatal, mortalidad materna, gestantes migrantes, factores de riesgo y vulnerabilidad socioeconómica.

ABSTRACT

The research focuses on understanding the risk factors faced by pregnant foreign women who do not receive prenatal care, and how these factors are related to maternal and infant mortality rates. To this end, the study uses a sample composed of research conducted on migrant women in gestation who have not had access to medical check-ups during pregnancy. The demographic scope includes women between the ages of 15 and 40, belonging to low-income communities, with varying levels of education most of them having incomplete basic education and living in conditions of social and legal vulnerability. The main objective of the study is to identify the risk factors associated with the lack of prenatal care in pregnant foreign women in relation to maternal and infant mortality indicators worldwide, between 2015 and 2025. The methodological approach is qualitative, and the research instrument used is a systematic review. The final sample consists of ten scientific articles that meet the inclusion criteria and have obtained the highest level of evidence. The evidence converges that the absence or delay of prenatal care—combined with socioeconomic vulnerability and poorly monitored comorbidities—doubles the risk of maternal death and multiplies the critical indicators of infant mortality: low birth weight, prematurity, hemorrhage, sepsis, and a maternal near-miss profile characterized by hypertension and severe bleeding. Without a comprehensive intervention that combines early prenatal enrollment, universal health coverage, and strategies to combat discrimination and misinformation, mother and child will remain trapped in a preventable risk cycle that transcends the clinical sphere and is reinforced by social factors.

Keywords: Prenatal care, maternal mortality, migrant pregnant women, risk factors, socioeconomic vulnerability.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

A continuación, se presentan antecedentes a nivel nacional e internacional sobre los factores de riesgo en mujeres embarazadas sin control prenatal y su relación con los indicadores de mortalidad materno infantil.

1.1.1.1 Antecedentes nacionales

Según la UNICEF (2024) en Costa Rica y la Fundación Cadena Costa Rica brindaron atención en salud a más de 5,000 personas migrantes en tránsito y solicitantes de refugio en la Estación Migratoria Sur (EMISUR) en Corredores, Puntarenas. Con un enfoque en niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas y en período de lactancia, se ofrecieron servicios médicos y de enfermería, beneficiando a 122 mujeres embarazadas y a una población mayormente infantil. Además, se asesoró a más de 200 familias sobre lactancia materna, estimulación temprana y cuidado infantil, y se habilitó una sala de lactancia materna. Ante el aumento de flujos migratorios en Costa Rica, con cerca de 800,000 personas cruzando la selva del Darién en 2024, la colaboración entre organizaciones y autoridades locales fue clave para proporcionar atención humanitaria y promover prácticas saludables.

La agencia de las Naciones Unidas para la Salud Sexual y Reproductiva (UNFPA) (2023) publicó un informe sobre la mortalidad materna, revelando que en 2020 ocurrieron 287,000 muertes maternas en todo el mundo, una disminución mínima respecto a las 309,000 de 2016. Aunque entre 2000 y 2015 se lograron avances significativos, desde entonces el progreso se ha

estancado. En Costa Rica, se reportaron 20 muertes maternas en 2020, la cifra más alta en una década, con una tasa de 34.4 por cada 100,000 nacimientos. Estas muertes se vinculan a desigualdades socioeconómicas, ya que el 70% de las fallecidas estaban en desempleo o subempleo, y más del 20% de los nacimientos fueron de madres extranjeras. Además, las mujeres migrantes tienen un riesgo 1.7 veces mayor de morir durante el parto en comparación con las costarricenses.

Por otra parte, Mora (2022) en su investigación “La salud como representación social: el fenómeno de la salud dentro de la cotidianidad de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica” utilizó un enfoque cualitativo y etnográfico para identificar cómo esta población percibe la salud mediante entrevistas semiestructuradas, observación participante y diarios de campo. Los resultados mostraron que la salud se asocia tanto con la fortaleza física y mental como con una sensación futura de bienestar y felicidad, influenciada por el contexto sociopolítico de Nicaragua y los desafíos de adaptación en Costa Rica. Además, en 2022 se desarrolló el Protocolo de Atención Integral del Embarazo, Parto y Posparto en la Red de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, cuyo objetivo es ofrecer atención alineada con las necesidades individuales y optimizar los recursos institucionales mediante directrices administrativas y procedimientos clínicos basados en evidencia científica y lineamientos internacionales.

La UNICEF (2021) en Costa Rica realizó un estudio sobre el estado de la niñez y adolescencia migrante nicaragüense en el país, resaltando que la atención médica más solicitada por esta población se centra en la salud reproductiva de las mujeres. Solo el 59% de las mujeres

nicaragüenses accedieron a un control prenatal adecuado, en comparación con el 83% de las costarricenses, debido a factores como la movilidad interna y la baja valoración de la atención prenatal. Además, se evidenció que muchas mujeres migrantes enfrentan exclusión en los servicios de salud y, en ocasiones, tratos humillantes. La falta de aseguramiento también es un desafío significativo, ya que solo el 60.2% de los nicaragüenses tenía seguro de salud frente al 83.4% de los costarricenses. El informe concluye que estas desigualdades reflejan barreras en el acceso a la salud y la necesidad de garantizar una atención equitativa.

1.1.1.2 Antecedentes internacionales

La Organización Mundial de la Salud (2023) realizó un estudio realizado en los barrios Atahualpa y San Vicente, en la provincia de El Oro, Ecuador, identificó factores que afectan el control prenatal en mujeres en edad fértil, gestantes y en postparto. Solo el 39,1% de las participantes conocían los riesgos asociados a la falta de control prenatal, y el 30,8% experimentó complicaciones durante el embarazo, como infecciones urinarias (23,3%), aborto (18%), anemia (17,3%) e hipertensión gestacional (12%).

El estudio concluyó que el desconocimiento y la mala atención en las unidades de salud son barreras importantes que contribuyen a complicaciones prevenibles. Además, las mujeres embarazadas extranjeras enfrentan mayores desafíos debido a la falta de documentación, barreras idiomáticas y discriminación, lo que incrementa su vulnerabilidad y el riesgo de complicaciones materno-infantiles.

Barrantes (2022) realizó un estudio en Perú durante el año 2020 tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes. Utilizando un enfoque observacional, transversal, retrospectivo y analítico, la investigación analizó datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) 2020, con una muestra de 4464 gestantes. Los resultados revelaron una prevalencia del 11.3% de abandono del control prenatal.

Mediante un análisis multivariado, se identificó que la edad materna de 15 a 19 años, el nivel educativo de primaria o menor, la multiparidad y el estado civil de soltera son factores de riesgo asociados al abandono del control prenatal. Además, se encontró que la atención proporcionada por el personal de salud actúa como factor protector. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar factores sociodemográficos en la implementación de estrategias para reducir el abandono del control prenatal, especialmente en poblaciones vulnerables.

El estudio de Apaza (2021) en el Centro de Salud Alto de la Alianza (2018-2019) analizó las características socioculturales asociadas al inicio tardío del control prenatal reenfocado en 330 gestantes mediante un diseño observacional de casos y controles. Los resultados mostraron que el estado civil ($ORa=1,19$), la escolaridad hasta nivel primario ($ORa=1,36$) y el embarazo no planificado ($ORa=1,24$) son factores de riesgo significativos para un control prenatal tardío, mientras que no se encontró relación con ser ama de casa ($p=0.616$) ni con la violencia familiar ($p=0.18$). El estudio concluye que es crucial implementar intervenciones para mejorar la educación y la planificación familiar, destacando la influencia de los factores socioculturales en el acceso temprano al control prenatal.

El estudio de Martínez (2020) en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales analizó la relación entre el control prenatal inadecuado y las complicaciones perinatales en 507 pacientes entre enero y junio de 2019. De los participantes, 169 eran casos con complicaciones perinatales y 338 eran controles sin complicaciones. Los resultados mostraron que el 68,6% de los casos presentaron complicaciones, frente al 20,7% de los controles, y el 37,2% de los casos tuvieron un control prenatal inadecuado. Se concluyó que la falta de un control prenatal adecuado aumenta aproximadamente 9 veces el riesgo de complicaciones perinatales (IC: 5,820-14,034).

Estos hallazgos destacan la necesidad de garantizar un control prenatal adecuado, especialmente para mujeres embarazadas extranjeras, quienes enfrentan mayores barreras como la falta de documentación, barreras idiomáticas y discriminación, aumentando su vulnerabilidad y el riesgo de complicaciones materno-infantiles.

El estudio de Ruiz y García (2020) en el Ambulatorio Manuel Navas Lizardo, en Capatárida, Venezuela, analizó los factores que afectan la adherencia al control prenatal en 50 gestantes entre agosto de 2018 y enero de 2019. Los principales obstáculos identificados fueron limitaciones económicas, dificultades de transporte, largas distancias a los centros de salud, filas de espera prolongadas, citas tardías y un bajo nivel de conocimiento sobre la importancia del control prenatal. El estudio concluyó que es fundamental implementar charlas y talleres educativos para promover la asistencia a las consultas prenatales y concienciar a las gestantes sobre sus beneficios. Además, se destacó la necesidad de abordar barreras estructurales y educativas, especialmente para mujeres embarazadas extranjeras, quienes enfrentan desafíos

adicionales como barreras idiomáticas, falta de documentación y discriminación, lo que aumenta su vulnerabilidad y el riesgo de complicaciones materno-infantiles.

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación aborda los factores de riesgo en mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal y su relación con los indicadores de mortalidad materno-infantil. La muestra estará conformada por estudios en mujeres migrantes en estado de gestación que no han recibido atención prenatal. En cuanto a la delimitación demográfica, se incluyen mujeres de entre 15 y 40 años, pertenecientes a comunidades de bajos recursos, con distintos niveles de escolaridad, principalmente educación básica incompleta, y en situación de vulnerabilidad socioeconómica y legal. El estudio abarcará estudios con un periodo de 10 años, con el objetivo de analizar tendencias y posibles intervenciones en salud materno-infantil.

1.1.3 Justificación

El embarazo es un momento crucial en la vida de cualquier mujer, pero para aquellas que dejan su país en busca de mejores oportunidades y enfrentan la falta de acceso a servicios médicos, se convierte en un periodo de gran incertidumbre y riesgo. Estudiar los factores de riesgo en mujeres embarazadas extranjeras que no reciben control prenatal es fundamental, ya que detrás de cada cifra de mortalidad materno-infantil hay una historia de vida, una madre con sueños y un bebé que merece nacer en condiciones seguras. Esta investigación busca comprender las dificultades que estas mujeres enfrentan, desde la falta de recursos económicos hasta las barreras culturales y legales, con el fin de proponer soluciones concretas que mejoren su acceso a la atención médica.

Este tema es de suma importancia porque la salud materno-infantil refleja el bienestar de una sociedad. Cuando una mujer no recibe controles prenatales, su riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto aumenta drásticamente, poniendo en peligro su vida y la de su bebé. En el caso de mujeres migrantes, esta situación es aún más alarmante, ya que muchas veces desconocen sus derechos, enfrentan discriminación o simplemente no cuentan con los medios para acudir a un médico. Por ello, es necesario dar voz a estas mujeres y generar información que permita diseñar políticas públicas más justas e inclusivas.

Desde un enfoque científico y humano, esta investigación proporciona datos valiosos sobre cómo la falta de atención prenatal impacta la salud de las madres y sus hijos en contextos de migración. Comprender esta problemática permite desarrollar estrategias que hacen que los servicios de salud sean más accesibles, eficientes y sensibles a las necesidades de estas mujeres, contribuyendo a reducir las desigualdades en el acceso a la atención médica.

Los resultados de este estudio benefician, en primer lugar, a las mujeres extranjeras embarazadas, pues pueden acceder a mejores programas de atención prenatal adaptados a sus circunstancias. También son de gran utilidad para los profesionales de la salud, quienes cuentan con herramientas para brindar una atención más adecuada y empática. Además, los responsables de la formulación de políticas públicas pueden utilizar estos hallazgos para desarrollar programas de salud más efectivos, garantizando que ninguna mujer quede excluida por su origen o estatus migratorio.

Esta investigación nace de la necesidad de hacer visible una realidad que muchas veces pasa desapercibida. La migración sigue en aumento y con ella, los desafíos que enfrentan las mujeres embarazadas que buscan una mejor vida para sus hijos. Más que un problema estadístico, se trata de una cuestión de justicia y humanidad. El objetivo de este estudio es generar conciencia y aportar soluciones que ayuden a salvar vidas, porque ninguna madre debería sentirse sola ni desprotegida en uno de los momentos más importantes de su vida.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo en mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal relacionados con los indicadores de la mortalidad materno-infantil?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se presenta los objetivos de la presente investigación.

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo en embarazadas extranjeras sin control prenatal en relación con los indicadores de mortalidad materno infantil, a nivel mundial entre los años 2015 al 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Describir los factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.
- b. Identificar los indicadores de mortalidad materno infantil que se presentan en mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.

c. Relacionar los factores de riesgo identificados con los indicadores de mortalidad materno-infantil.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

A continuación, se describen los alcances y limitaciones de la investigación.

1.4.1. Alcances de la investigación

El estudio circunscribe su alcance a la comprensión global de los factores de riesgo que enfrentan las mujeres embarazadas extranjeras de 15 a 40 años que no reciben control prenatal, y a la manera en que dichos factores se reflejan en los indicadores de mortalidad materna e infantil en el periodo 2015-2025.

Para ello, la revisión sistemática incorpora únicamente artículos científicos con el nivel más alto de evidencia que analicen poblaciones migrantes en cualquier región del mundo, siempre que documenten tanto las condiciones socioeconómicas y clínicas de la gestante (por ejemplo, hipertensión, anemia, desnutrición, pobreza y exclusión sanitaria) como los desenlaces perinatales medidos mediante bajo peso al nacer, prematuridad, hemorragia, sepsis, casos *near-miss* maternos y muertes maternas o neonatales.

El trabajo abarca estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos publicados en español e inglés, provenientes de bases indexadas y con acceso al texto completo, excluyendo reportes de casos aislados, editoriales y literatura gris sin revisión por pares. De esta manera, la investigación delimita su foco a la interacción entre vulnerabilidad social y control clínico insuficiente, con

la meta de ofrecer una visión comparativa que permita orientar políticas de captación prenatal temprana, ampliación de cobertura sanitaria y reducción de barreras culturales en contextos de migración.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

La revisión reconoce varias limitaciones que acotan el alcance y la solidez de sus hallazgos. En primer lugar, la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos que varían en diseños, definiciones de “migrante” y criterios de “ausencia de control prenatal” dificulta la comparación directa de resultados y, en consecuencia, impide realizar un metanálisis cuantitativo fiable. Además, el periodo de corte 2015-2025 puede dejar fuera evidencias valiosas de años anteriores que mostrarían la evolución histórica de la mortalidad en poblaciones migrantes; del mismo modo, la ventana temporal no capta aún los efectos plenos de la pandemia por COVID-19 sobre el acceso prenatal.

La revisión se basa exclusivamente en artículos revisados por pares en español e inglés, lo que introduce sesgo de idioma y excluye literatura en francés, portugués o árabe lenguas relevantes para comunidades migrantes, así como estudios disponibles solo en literatura gris (informes de ONG o ministerios de salud). Al restringirse a bases indexadas, existe un sesgo de publicación que sobre-representa resultados estadísticamente significativos y sub-representa hallazgos nulos o negativos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Salud materno infantil

La salud materno infantil abarca el cuidado integral de las madres y sus hijos desde la gestación hasta los primeros años de vida, considerando su bienestar físico, emocional y social. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), este concepto comprende la atención durante el embarazo, un parto seguro, cuidados posteriores al nacimiento y el acceso a servicios básicos de salud tanto para la madre como para el niño.

Este concepto resalta la importancia de un enfoque integral, no solo enfocado en la supervivencia, sino también en la calidad de vida y el desarrollo saludable. Además, pone en evidencia la necesidad de políticas y servicios de salud que aborden factores como la nutrición, el apoyo emocional y la prevención de enfermedades, especialmente en contextos vulnerables donde las barreras socioeconómicas pueden limitar el acceso a la atención adecuada.

2.2 Embarazo

El embarazo es una etapa tanto biológica como emocional en la que una mujer alberga en su útero uno o más fetos en crecimiento, usualmente por un lapso cercano a las 40 semanas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) lo define como el periodo de desarrollo fetal dentro del útero materno, que inicia con la concepción y culmina con el nacimiento.

Este concepto destaca la complejidad del embarazo, no solo en términos físicos, sino también en los cambios hormonales y emocionales que experimenta la madre. Además, resalta la importancia del control prenatal como una herramienta clave para garantizar la salud de la

madre y del feto, permitiendo la detección temprana de posibles complicaciones y promoviendo un desarrollo saludable durante cada una de las etapas gestacionales.

2.3 Control parental

Para Argentina (2021) el control parental se refiere al conjunto de herramientas y aplicaciones que permiten a los adultos supervisar, restringir y orientar el acceso de los menores a contenidos en internet y dispositivos electrónicos. Estas herramientas facilitan la configuración de restricciones en buscadores y plataformas para asegurar que los niños y adolescentes accedan únicamente a contenidos adecuados a su edad.

El control parental es esencial para proteger a los menores de contenidos inapropiados, como violencia, racismo o material para adultos, y para fomentar un uso seguro y responsable de la tecnología. Además, permite a los padres monitorear la navegación, restringir ciertos contenidos y bloquear páginas o usuarios que puedan representar una amenaza para los niños (GCF Global, s.f.).

Implementar medidas de control parental es fundamental en la era digital actual, donde el acceso a la información es amplio y, en ocasiones, riesgoso para los menores. Estas herramientas no solo protegen a los niños de contenidos nocivos, sino que también promueven hábitos digitales saludables y una interacción segura con la tecnología.

2.3.1 Importancia del Control Prenatal

La importancia del Control Prenatal radica en la monitorización continua del embarazo con el fin de identificar y tratar cualquier problema de salud lo antes posible para disminuir los riesgos para la madre y el bebé.

Según la Caja de Seguro Social (2020), el control prenatal es fundamental para monitorear la salud, el desarrollo y el bienestar del feto, asegurando un embarazo sin complicaciones y promoviendo la salud materna; también permite al especialista seguir la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado del bebé.

Como señala Caja de Seguro Social, el embarazo puede controlarse cuidadosamente para garantizar un desarrollo adecuado del bebé y asegurar la condición de salud de la madre. Siguiendo al bebé, la madre también está siendo preparada para su nacimiento. El control ayuda a detectar problemas a tiempo y hacer que las mujeres lleguen al “punto final”.

La atención prenatal de conformidad con Tumas et al. (2022) abarca diversos aspectos, como la evaluación de la madre y del feto, intervenciones relacionadas con la nutrición y acciones preventivas. Este proceso se lleva a cabo dentro de un entorno determinado por factores sociodemográficos y socioeconómicos, los cuales pueden afectar su evolución y resultados.

Según Tumas et al., la atención prenatal abarca varias dimensiones, estos incluyen la evaluación de la madre y el feto, las intervenciones nutricionales y las medidas preventivas. Además, los autores enfatizan que la atención se basa en un contexto sociodemográfico y socioeconómico

específico. Por lo tanto, estos autores creen que las circunstancias del alojamiento de una mujer pueden afectar la formación de la calidad de la atención. Este enfoque comprensivo y contextual demuestra que las condiciones de vida de la madre son vitales para recibir una atención prenatal de calidad.

2.3.1.1. Detección temprana de riesgos

La identificación de problemas en las primeras etapas del embarazo asegura la puesta en práctica de medidas preventivas y tratamientos apropiados para evitar complicaciones. Según Carlson y Vora (2017), la detección de defectos congénitos comenzó en los años 50 con la ecografía, que ha mejorado con las imágenes en tiempo real desde los años 70, facilitando diagnósticos prenatales tempranos y procedimientos invasivos como la amniocentesis y la biopsia de vellosidades coriónicas, que son esenciales para evaluaciones cromosómicas y genéticas.

Según la cita anterior. Desde la década de 1950, se detectaron defectos congénitos utilizando una máquina que parece una cámara se conoce como una máquina de ultrasonido, que forma parte de un conjunto creciente de herramientas utilizadas en la atención obstétrica. A medida que la tecnología mejoró, las mujeres pudieron ver sus vientres grises y sus futuros recién nacidos; por primera vez. Se adquirieron imágenes en escala de grises en tiempo real en la década de 1980, y desde entonces, los diagnósticos prenatales se han realizado con precisión en las primeras etapas del embarazo antes de que puedan abortar.

Pero, para la mayoría de los obstetras, los diagnósticos por ultrasonido aún son una herramienta de búsqueda y conlleva los riesgos asociados con su uso; La determinación de la edad

gestacional, la identificación de malformaciones y el bienestar fetal, la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas son pruebas invasivas utilizadas. Todos se usan para diagnósticas y otros propósitos cromosómicos

Dungan (2024) explica que las pruebas prenatales para detectar trastornos genéticos y defectos congénitos comienzan con métodos no invasivos, como ecografías y análisis de sangre, y si estos resultados son anormales, se pueden realizar pruebas invasivas, que, aunque más precisas, llevan un pequeño riesgo de daños o pérdida del embarazo.

Dungan describe que las pruebas prenatales, que implican el dominio del desorden genético, así como las anomalías congénitas, son procedimientos hechos, mientras la mujer está embarazada. Las pruebas no invasivas son los primeros procedimientos, incluyendo ecografías y extracción de sangre. Si los resultados de la sangre están poco claros, con amenazas, pruebas invasivas, incluso toma de biopsias de corion, amniocentesis y toma de muestras de la sangre del cordón umbilical, son una elección alternativa. Mientras que las pruebas invasivas son más precisas, incluyen un ligero riesgo de aborto espontáneo o herida al feto.

2.3.1.2. Atención oportuna y seguimiento

Un manejo apropiado con una atención comprensiva de embarazo al posparto mejora significativamente los resultados relacionados con la salud materna y perinatal, y previenen problemas futuros o los controlan.

Según Nguyen y Ben Joseph (2023), la atención prenatal es el cuidado médico durante el embarazo que, si se realiza de manera temprana y frecuente, ayuda a mantener sanos tanto a la madre como al bebé, permitiendo detectar y tratar problemas a tiempo. De acuerdo con Nguyen & Ben. Joseph, la atención prenatal es la atención médica que una mujer recibe durante su embarazo. El compromiso es garantizar que todos los residentes comiencen y mantengan un régimen regular de atención prenatal que sea fundamentalmente vital para la salud de cada madre y bebé. Asimismo, las visitas frecuentes caben mencionar que permiten a los profesionales de la salud determinar y abordar de inmediato cualquier situación de salud, ya que puede evitar complicaciones de embarazo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), la atención prenatal representa una oportunidad crucial para que los profesionales brindan apoyo, información y cuidado integral a las embarazadas, promoviendo estilos de vida saludables, prevención de enfermedades, planificación familiar y apoyo frente a la violencia de pareja. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la atención prenatal es una oportunidad crucial para que los profesionales de la salud ofrezcan no solo cuidados médicos sino también apoyo e información a las mujeres embarazadas. Por lo tanto, tanto los servicios de atención prenatal académicos como clínicos deben promover la buena nutrición, realizar detecciones de enfermedades, asesorar a las mujeres sobre la planificación familiar y apoyar a aquellas mujeres que puedan estar experimentando violencia de pareja.

2.3.1.3. Prevención de complicaciones

La promoción de medidas como la nutrición adecuada, el control de enfermedades y la educación en salud puede reducir significativamente los riesgos y problemas en cuanto al embarazo y parto

Según el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (2021), las mujeres que sospechan de embarazo deben agendar citas de atención prenatal, que incluyen exámenes físicos, control de peso, muestras de orina, análisis de sangre y ecografías, además de conversar sobre la salud del embarazo y resolver dudas. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver argumenta que, si una mujer tiene motivos para sospechar que tal vez esté embarazada, lo más indicado es que agende una cita médica con un profesional de la salud.

En este sentido, el médico ordenará un examen físico, controlará el peso y tomará una muestra del examen de orina, y probablemente uno de sangre y quizás estudios por imágenes como ecografía. Asimismo, suelen discutir la salud de la futura madre y su bebe; consecuentemente si se posee alguna consulta el medico la resolverá.

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (2021) señala que la atención prenatal regular ayuda a reducir riesgos en el embarazo al seguir una dieta equilibrada, hacer ejercicio, mantener un peso adecuado y evitar sustancias peligrosas como plomo y radiación.

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver, sugiere que ir regularmente a las citas prenatales ayuda a las mujeres a reducir los riesgos de complicaciones durante el embarazo. Hacerlo mediante la adopción de hábitos saludables, una buena alimentación, el ejercicio regular según lo recomendado por el profesional de la salud, mantener un peso sano y evitar sustancias dañinas como el plomo y la radiación.

Según el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (2021), las recomendaciones para un embarazo saludable incluyen tomar diariamente vitaminas prenatales con 400 microgramos de ácido fólico, ya que esto reduce en un 70% el riesgo de defectos del tubo neural, que ocurren en las primeras semanas de embarazo, incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada, y que contienen otras vitaminas esenciales para la madre y el bebé en desarrollo.

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver, sugiere que las mujeres tomen vitaminas prenatales todos los días a razón de 400 microgramos de ácido fólico, ya que el ácido fólico reduce el riesgo de defectos del tubo neural en más del 70 %. El “tubo neural” es lo que le da forma al cerebro, la médula espinal y el tejido que abarca cada uno. Los defectos del tubo neural suceden un mes después de que una mujer quede embarazada, antes de saberlo. Sus vitaminas prenatales tendrán otros nutrientes esenciales tanto para ella como para el bebé.

2.4 Factores de riesgo en el embarazo

Los factores de riesgo en el embarazo son condiciones o circunstancias que pueden afectar la salud de la madre y el desarrollo del feto durante la gestación. Estos factores pueden ser de naturaleza biológica, social, económica o ambiental e incluyen aspectos como enfermedades preexistentes, antecedentes obstétricos, hábitos poco saludables, acceso limitado a atención prenatal y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (OMS, 2020). Identificar y abordar estos factores a tiempo es fundamental para prevenir complicaciones maternas y perinatales, garantizando un embarazo saludable y seguro.

2.4.1 Factores Biológicos

La salud materno-infantil se ve influida por factores biológicos, como la genética, el historial de salud previo de la madre y la forma en que su cuerpo responde al embarazo. Estos factores podrían aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, así como al momento de la concepción.

Greo (2019) explica que este factor se refiere al conocimiento sobre las influencias biológicas en el juego, enfocándose en la genética y en las diferencias en la estructura y función del cerebro. Esto recalca la relevancia de los aspectos biológicos en la indagación del tema del juego, incluidos la genética y los variados patrones de diversidad y función cerebral. Esto implica que la inclinación hacia formas determinadas de acción puede depender de los rasgos con los que una persona nace, lo que a su vez sugiere un enfoque neurocientífico hacia la investigación del juego y sus efectos.

De conformidad con el Instituto Andaluz de la Mujer (2024), la biología humana abarca todos los aspectos relacionados con la salud física y mental que se reflejan en las personas debido a su estructura biológica.

La definición proporcionada por el Instituto Andaluz de la Mujer destaca la interrelación de la biología humana con la salud física y mental. Al referirse al núcleo de los procesos establecidos, a la constitución orgánica, implica que en la biosíntesis del ser humano el bienestar general de una persona está determinado principalmente por factores biológicos. A su vez, esto implica que no solo influyen en el desarrollo del cuerpo físico, sino que también determinan la condición mental, lo que nuevamente apoya la idea de salud como fenómeno único, mediante el cual la biología actúa como un factor decisivo.

2.4.1.1. Enfermedades preexistentes

Las condiciones como la diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares también pueden afectar el desarrollo del embarazo, aumentando el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé. Colima (2023) señala que condiciones como hipertensión, problemas renales, enfermedades autoinmunes, trastornos tiroideos, obesidad, VIH, cáncer e infecciones pueden elevar el riesgo en el embarazo y que esto se puede detectar con un adecuado cuidado prenatal.

Según Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver (2020) hay muchos factores que pueden hacer que un embarazo sea de alto riesgo, por ejemplo: Edad: Embarazo en adolescentes y mujeres mayores de 35 años.

Shriver (2020) señala que condiciones como hipertensión, obesidad, diabetes, síndrome del ovario poliquístico, enfermedades autoinmunes, problemas renales y de la tiroides, además de infecciones como VIH, SIDA y Zika, pueden aumentar el riesgo durante el embarazo y tener efectos en la salud del bebé después del nacimiento. El Instituto presenta un análisis completo de los factores que podrían hacer un embarazo de alto riesgo, desde biológicos y conductuales hasta preexistentes en la salud de la madre.

Decir que la edad materna es también un riesgo confirma el punto de vista de que tanto la inmadurez fisiológica como posibles cambios fisiológicos, mientras la mujer está envejeciendo, aumentan las probabilidades de una complicación. También, en este caso, hay que destacar la importancia del estilo de vida, que involucra no solo a la madre, pero también al embrión.

Por último, mencionar las enfermedades crónicas como la diabetes, la obesidad, y el VIH comprueba la afirmación de que el nivel de salud de la madre tiene un impacto importante en la situación del embarazo, lo que promueve la importancia de regular esas enfermedades para prevenir complicaciones.

2.4.1.2. Complicaciones en el embarazo

Problemas como la preeclampsia, el parto prematuro o la restricción del crecimiento fetal pueden poner en peligro la vida de la madre y del bebé únicamente mediante la realización de un control prenatal adecuado.

Azaña, Oviedo y Xinxin (2022) indican que las complicaciones en el embarazo pueden ser una intensificación de afecciones preexistentes o problemas que surgen por primera vez durante la

gestación. Esta afirmación enfatiza que las complicaciones durante el embarazo pueden provenir de dos fuentes principales: el agravamiento de la condición de una enfermedad crónica y la aparición de nuevas afecciones en relación con el embarazo en sí.

Esto contrasta con la mayoría de los problemas de salud con los que las personas enfrentan en el día a día, ya que una gran parte de las afecciones que se pueden desarrollar durante la gestación no se manifiestan sin la aparición de un feto en un útero. Al mismo tiempo, las condiciones crónicas se agravan con cambios fisiológicos y, a menudo, se hacen más severos. en estas condiciones, es importante mantener el control preciso y regular de la mujer y su feto.

Mayo Clinic (2024) señala que un embarazo de alto riesgo puede deberse a una enfermedad previa o a la aparición de una afección médica durante el embarazo que incrementa el riesgo de complicaciones. Mayo Clinic plantea que un embarazo de alto riesgo puede ser consecuencia de una enfermedad previa o una afección que se desarrolle durante la gestación. Ya en este punto se destaca la doble vía por la cual pueden surgir complicaciones. En otras palabras, no solo las condiciones de salud anteriores deben ser monitoreadas, sino que también debe prestarse atención a cualquier problema que pueda surgir durante el período actual.

2.4.1.3. Falta de suplementación nutricional

Cuando el organismo no recibe los nutrientes necesarios para su funcionamiento óptimo, como el hierro, el ácido fólico o el calcio, el desarrollo fetal se ve amenazado, incrementando el peligro de complicaciones devastadoras para la madre y el bebé, como la anemia gravídica y la aparición de malformaciones congénitas.

Según Mejía et al. (2021), las necesidades nutricionales de la madre aumentan durante el embarazo, y cualquier alteración en la dieta puede perjudicar el crecimiento fetal, llevando a patologías como insuficiencia placentaria, parto prematuro y malformaciones. Esta cita enfatiza la relación entre la dieta de las madres y el desarrollo fetal, lo que implica que cualquier deficiencia o cambio en la dieta materna y el metabolismo puede resultar en complicaciones graves.

Se destaca la conexión entre la ingesta inadecuada de alimentos y enfermedades fisiológicas, como la insuficiencia placentaria y el parto pretérmino, que conducen a malformaciones fetales. Por lo tanto, se hace hincapié en la necesidad de la supervisión médica y dietética para mantener el equilibrio nutricional óptimo para prevenir las complicaciones a corto y largo plazo.

El Gobierno de México (2024) advierte que una alimentación inadecuada durante el embarazo incrementa el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia y complicaciones en el parto, así como otros problemas de salud, según la especialista Claudia Ivonne Ramírez Silva del CINS del INSP.

La especialista del CINS enfatiza específicamente la relación de una comida inadecuada a lo largo de un embarazo con toneladas de condiciones, que van desde la preeclampsia y la diabetes gestacional hasta otras complicaciones en el parto. Aquí la experta quiere demostrar que los impactos de la nutrición son mucho más que simplemente el crecimiento fetal. Los malos hábitos nutricionales están aumentando significativamente el riesgo de algo que perjudicaría a una madre, lo que finalmente varios riesgos también significarían una amenaza para el bebé.

2.4.2. Factores Socioeconómicos

La economía abarca directamente el suministro de atención médica de calidad, alimentos y condiciones de vida para una persona, ya que, si el entorno vital de una persona no está asegurado, no buscará otras opciones disponibles, lo que implica la preservación de salud materna y perinatal.

El Instituto Nacional del Cáncer (2024) explica que el nivel socioeconómico, que puede ser bajo, medio o alto, refleja la situación de una persona según su educación, ingresos y tipo de trabajo. Las personas con nivel socioeconómico bajo suelen tener menos acceso a recursos y enfrentan mayor riesgo de problemas de salud, incluyendo afecciones crónicas y discapacidades.

En esta definición del nivel socioeconómico se destaca la forma en la que la educación, los ingresos y el tipo de trabajo determinan el acceso a los recursos necesarios para el bienestar. El hecho de que exista una correlación entre tener un nivel socioeconómico inferior y un mayor riesgo de problemas de salud resalta las diferencias estructurales que impactan sobre las posibilidades de determinadas poblaciones de acceder a la atención de la salud.

Cuando las personas no tienen acceso a atención médica, educación de calidad y un trabajo estable, los individuos corren un mayor riesgo de padecer condiciones crónicas y discapacidades que, a su vez, perpetúan los ciclos de pobreza y vulnerabilidad.

González (2024) sostiene que los factores socioeconómicos son determinantes fundamentales en la estructura de las sociedades y el bienestar de sus integrantes, ya que incluyen componentes económicos y sociales que interactúan constantemente. Además, advierte que una distribución inequitativa de los ingresos puede generar desigualdades sociales y restringir el acceso a recursos y oportunidades.

González destaca la relación directa de los factores socioeconómicos con la conformación social y el bienestar individual, haciendo hincapié en la codependencia de los aspectos económicos y sociales. La idea de que una distribución dispereja de los ingresos genera fisuras sociales describe de qué manera la inequidad en lo económico dificulta la provisión de recursos y oportunidades, por lo que se perpetúan las desigualdades. Esta postura abona a la necesidad de desarrollar estrategias de inclusión social y económica a fin de achicar las brechas de calidad de vida y propiciar un desarrollo más equitativo.

2.4.2.1. Pobreza y exclusión social

El limitado acceso a los recursos económicos y la marginación social priva a las mujeres embarazadas y a sus bebés de la oportunidad de ser atendidos. Según Acción Contra El Hambre (2022), la exclusión social es un concepto más amplio que la pobreza, ya que incluye múltiples dimensiones que van más allá de los criterios económicos. Estas dimensiones incluyen aspectos como la economía, el empleo, la formación, la salud social, la vivienda, las relaciones interpersonales y la participación ciudadana.

Acción Contra El Hambre (2022) explica que, mientras la pobreza se enfoca principalmente en la carencia de recursos económicos y materiales, la exclusión social es un fenómeno más amplio que incluye no solo la falta de bienes materiales, sino también la limitación en la participación económica, social, política y cultural

Las citas abogan por una definición más amplia de la exclusión social, ya que es un fenómeno más grande que la pobreza. No se limita solo a la falta de recursos económicos, sino que implica múltiples dimensiones de la calidad de vida de un individuo. Al incluir la participación de un individuo en la vida cívica, el acceso a los servicios de salud, la educación y las oportunidades laborales, se demuestra que la exclusión es principalmente un problema estructural que requiere una respuesta sistémica.

De acuerdo con Comunitario (2022), la exclusión social está vinculada a las desigualdades que enfrentan algunas personas, quienes no cuentan con las mismas oportunidades que otros. Esta condición suele implicar dificultades económicas y carencias materiales que limitan la satisfacción de necesidades básicas, lo que también implica una situación de pobreza.

Esta cita reitera la idea de que, aunque la pobreza y la exclusión social estén relacionadas, no son los mismos fenómenos. Mientras que la pobreza radica en la falta de recursos materiales y económicos, la exclusión social es una marginalización en múltiples dimensiones, que abarcan el trabajo, la educación, la salud y la política, así como lo cultural. Esta distinción es vital, porque demuestra que las políticas para erradicar la pobreza pueden no abordar la exclusión

social. Por lo tanto, para lograr una verdadera integración social, se necesitan soluciones y enfoques integrales más que hacer el recurso disponible.

2.4.2.2. Falta de acceso a servicios de salud

La falta de clínicas y hospitales asequibles y el acceso insuficiente a profesionales de salud cualificados hacen que las mujeres tengan que pasar por alto los chequeos y controles prenatales.

Henrietta Fore, directora ejecutiva de UNICEF (2019), advirtió que los costos asociados al parto pueden ser devastadores para muchas familias, y si no pueden asumir estos gastos, las consecuencias pueden ser graves. Además, destacó que cuando las familias reducen el gasto en atención sanitaria materna, tanto las madres como sus bebés resultan afectados. La cita destaca el costo económico para las familias, que surge especialmente en la vulnerabilidad. La noción de que los costos “... pueden ser verdaderamente catastróficos” subraya cómo la falta de acceso a la atención médica asequible pone en peligro a las madres y los bebés. También respalda cómo la necesidad de costos reducidos conduce a decisiones perjudiciales que degradan la atención médica, exacerbando los peligros de la mortalidad materna e infantil. Como tal, se ve resaltando la necesidad de que las políticas de salud pública deberían abordar la accesibilidad y la calidad de la atención materna.

UNFPA (2023) señala que, según el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, aunque el embarazo debería ser una experiencia positiva y esperanzadora para todas las

mujeres, sigue siendo peligroso para millones que no tienen acceso a atención sanitaria de calidad y con un trato digno.

El Dr. Tedros Adhanom destaca el aparente hecho de que el embarazo es una experiencia positiva, pero que sigue cobrándose la vida de millones de mujeres. La cita destaca la desigualdad en la calidad y el trato humanizado de las personas a la atención médica materna. La falta de instalaciones adecuadas aumenta directamente la mortalidad materna a la vez que disminuye el bienestar físico y emocional. Por lo tanto, es crucial fortalecer los sistemas de salud para asegurar que las embarazadas reciban la atención médica respetable.

2.4.2.3. Desconocimiento de derechos sanitarios

Los derechos de la salud siguen siendo desconocidos por la gran mayoría de la población femenina. No saben dónde deben darse los servicios de salud gratuitos y qué derechos tienen para la asistencia médica.

Asamblea Legislativa (2020) establece en el Artículo 12 que toda mujer gestante tiene derecho a recibir servicios de información materno-infantil, control médico durante el embarazo, atención médica en el parto y acceso a alimentos para complementar su dieta o la del niño durante el periodo de lactancia.

Este artículo destaca el derecho fundamental que tienen las mujeres gestantes de recibir atención médica y apoyo nutricional en los meses de embarazo y durante la lactancia. El mencionar los

trabajos de información materno-infantil sugiere el acceso a conocimientos que permitan tomar decisiones informadas sobre la salud de la madre y del neonato.

Ministerio de Salud (2023) resalta las palabras de la Dra. Mary Munive, vicepresidenta de la República y ministra de Salud, quien afirmó que toda mujer embarazada merece atención calificada, digna y respetuosa durante el embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido, siempre considerando sus costumbres, valores y creencias, para garantizar tanto el bienestar del bebé como el de la madre.

La declaración de la Dra. Mary Munive es un recordatorio claro sobre la necesidad de proporcionar atención médica a mujeres embarazadas que sea cultural y antropológicamente competente, empática y sensible. Además, mejora la comprensión sobre la inversión en un nivel más elevado de conocimiento sobre los derechos en la gestación, tratando de que las mujeres reclamen servicios de calidad. Un enfoque humanístico del cuidado que constituye un cuidado integral no solo del bebé sino también de la madre, insinúa una visión más general y clínicamente orientada al cuidado parental.

2.4.3. Factores Culturales y Migratorios

Las creencias y la seguridad migratoria de las mujeres pueden influir en su capacidad para obtener servicios médicos y buscar ayuda.

Bastías y Mira (2021) explican que, aunque el embarazo puede ser complicado por razones económicas y laborales, como la falta de acceso a cuidados prenatales o el desconocimiento

sobre el sistema de salud, ser madre migrante no es necesariamente un factor de riesgo para la salud de la madre y el hijo. Sin embargo, las condiciones de vida adversas en el país de destino sí pueden incrementar los riesgos, como el parto prematuro y el bajo peso al nacer.

La cita resalta de qué manera las condiciones socioeconómicas y el acceso a la salud inciden en la experiencia del embarazo en mujeres migrantes. Mientras la migración per se no es un factor de riesgo para la salud materno-infantil, desafíos económicos, desconocimiento del sistema de salud y carencia de atención prenatal usualmente concurren con el parto prematuro y el bajo peso al nacer. Por consiguiente, las políticas que empoderan a las minorías facilitando el acceso a los servicios médicos adecuados y reduciendo las disparidades en la atención de salud son medidas necesarias.

Maz (2024) señala que las barreras culturales son un factor importante, ya que las prácticas y creencias sobre el embarazo varían entre culturas, lo que puede causar malentendidos o conflictos con el personal médico. Además, adaptarse a un nuevo entorno cultural puede resultar especialmente estresante durante el embarazo.

Esta cita subraya las barreras culturales que influyen también en la salud materna. Como tal, las diferencias entre las prácticas y creencias culturales pueden resultar en un conflicto con los trabajadores de salud y disminuir la calidad de los servicios. La incapacidad de acostumbrarse al nuevo entorno cultural podría agravar los niveles de estrés entre las mujeres embarazadas, beneficiando potencialmente la salud materna y neonatal.

2.4.3.1. Barreras lingüísticas

La falta de comunicación entre las mujeres embarazadas extranjeras y los profesionales de atención a la salud provoca que no entiendan las instrucciones médicas y no accedan a los servicios necesarios.

Maz (2024) indica que las barreras idiomáticas representan una de las principales dificultades para las mujeres migrantes, ya que complican la comunicación con los profesionales de la salud y dificultan el acceso a una atención médica adecuada, así como la comprensión de información vital sobre el embarazo y el parto.

La cita destaca cómo las barreras del lenguaje dificultan y perjudican la buena atención médica de las mujeres migrantes pues se quedan sin la posibilidad de acceder a servicios esenciales y a comprensibles explicaciones de información fundamental sobre embarazo y parto. La mala comunicación conlleva a atención deficiente, errores de tratamiento e incluso riesgo médico mayor. Con base en lo anterior, será necesario que se implemente una serie de estrategias para una mejor comunicación, entre ellos el acceso a intérprete o material informativo en varios idiomas con el fin de garantizar la igualdad.

Hunter y Rother (2017) destacan que, aunque varios factores limitan el acceso de los migrantes transfronterizos a la atención sanitaria, una comunicación eficaz es esencial para garantizar una atención de calidad. Señalan que la interpretación médica profesional gratuita beneficiaría no solo a las poblaciones migrantes, sino también a la comunidad en general, donde el idioma y la

alfabetización en salud representan barreras. Además, mencionan que los enfoques innovadores, como la interpretación profesional asistida por tecnología, pueden mejorar el acceso lingüístico. Esto enfatiza que en las poblaciones que migran, se dirige la comunicación efectiva a la atención sanitaria como un primer requisito de calidad. Al que respetar, la interpretación profesional sin costo de uso llevará a los pacientes con la barrera lingüística a beneficiar y acelerar todo el sistema de salud. La propuesta para hacer uso de la tecnología para la interpretación interpreta el enfoque innovador, cuyo fin es aumentar la equidad en la atención sanitaria y cerrar la brecha de acceso creada por las diferencias de idioma y de competencia en salud.

2.4.3.2. Miedo a la deportación

La mujer con situación migratoria irregular puede dejar de asistir a centros de salud por miedo a revelar su estatus y ser denunciadas. Dicho proceso pone en peligro la salud de las mujeres y sus bebés.

Primera (2025) señala que, desde la reelección de Donald Trump, en Estados Unidos se ha observado un aumento en las solicitudes de anticonceptivos de largo plazo y esterilizaciones permanentes en la población general. Sin embargo, entre las poblaciones migrantes, especialmente mujeres indocumentadas en estados con gobiernos republicanos como Texas, ha disminuido la asistencia médica debido a políticas migratorias agresivas y restricciones al acceso a la atención obstétrica y ginecológica.

El aumento en la demanda de anticonceptivos de largo plazo y esterilización permanente refleja el miedo a perder el acceso a los servicios de salud en el futuro, mientras que la disminución de

la asistencia médica no cronológica entre las mujeres indocumentadas implica un efecto de disuasión de las políticas restrictivas.

Rivera (2017) informa que, tras seguir el embarazo de varias mujeres durante una redada masiva en una planta procesadora de carne en Iowa en 2008, se encontró que el 98 % de los arrestados eran latinos. Además, los niños latinos nacidos 37 semanas después de la redada presentaron un 24 % más de probabilidades de tener bajo peso al nacer en comparación con los nacidos un año antes, y las mujeres latinas mostraron un aumento en los partos prematuros.

El estudio de las redadas en Iowa destaca cómo el estrés migratorio y la inestabilidad social pueden dañar la salud materna y neonatal. Teniendo en cuenta la correlación entre la cantidad de arrestos y el aumento en la tasa de nacimientos prematuros y el bajo peso al nacer, se puede suponer que la incertidumbre y el miedo relacionado tienen efectos fisiológicos y psicológicos directos en las mujeres embarazadas. En consecuencia, los hallazgos actuales subrayan que las políticas migratorias agresivas no solo son perjudiciales para la movilidad y la seguridad de los migrantes, sino que también pueden tener efectos adversos en la salud de sus descendientes.

2.4.3.3. Creencias y prácticas tradicionales

Algunas costumbres culturales pueden afectar cómo las mujeres embarazadas buscan atención médica, lo que puede retrasar o disminuir su acceso a servicios esenciales.

Higginbottom et al. (2013) explican que las creencias religiosas y tradicionales pueden dificultar el acceso a la atención médica para las mujeres recién llegadas, debido a la diversidad en las prácticas de maternidad según sus antecedentes socioculturales. Señalan que algunas mujeres

migrantes a países occidentales pueden sentirse incómodas con la atención altamente medicalizada y, debido a sus creencias tradicionales, pueden percibir el embarazo y parto como procesos naturales que no requieren atención especial, lo que puede llevarlas a no buscar servicios de maternidad ni participar en programas prenatales.

Según lo anterior, se puede mencionar que las abogacías religiosas y tradicionales también pueden afectar tanto en el entendimiento de los servicios de salud materna propuestos o en su uso. La oposición entre los modelos de atención, especialmente entre los sistémicamente medicalizados y orientados a los modelos tradicionales, también puede actuar como una barrera para las mujeres inmigrantes que buscan obtener asistencia prenatal.

La perspectiva de un embarazo y un parto como un “proceso natural” lleva a la negligente en la necesidad de controles regulares de envío, lo que puede aumentar los riesgos de complicaciones maternas y neonatales. La integración integral de los factores relacionados en la puesta en acción de los servicios de salud que respetan la sensibilidad cultural puede considerarse un inicio importante para una mayor integración y una representación equitativa de los recursos médicos.

Olajide, Van Der Pligt y McKay (2024) destacan que las creencias y prácticas culturales relacionadas con la alimentación durante el embarazo tienen un impacto significativo, y que estas pueden representar una barrera para una nutrición adecuada en países de ingresos bajos y medios. Sus estudios en países como Pakistán, Sudáfrica e India revelan que las prácticas

alimentarias culturales de las mujeres embarazadas pueden limitar la ingesta de nutrientes esenciales para la salud de la madre y el feto.

La relación entre las creencias culturales y la nutrición materna ejemplifica cómo los valores y las tradiciones pueden influir en la salud de la madre y el feto. En los países de bajos y medianos ingresos, las restricciones alimentarias culturales basadas en la creencia pueden limitar la ingesta de nutrientes esenciales y aumentar el riesgo de desarrollo de complicaciones relacionadas con el embarazo.

Este hallazgo destaca la necesidad de estrategias de educación sanitaria culturalmente aprobadas que respeten las creencias de las mujeres embarazadas y, al mismo tiempo, promuevan la reducción de los riesgos de ciertas cepas con hambre debido al consumo insuficiente de alimentos.

2.5. Consecuencias Mortalidad Materno Infantil

Las tasas de mortalidad materna e infantil se ven seriamente aumentadas si una mujer no recibe la atención adecuada antes, durante y después del parto. De esta manera, afecta la salud de las mujeres y el bienestar de la comunidad. Las consecuencias también pueden tener un efecto compuesto.

La Organización Mundial de la Salud (2023) informa que la mortalidad materna sigue siendo inaceptablemente alta, con aproximadamente 287,000 mujeres que murieron durante o después del embarazo o parto en 2020. Además, señala que cerca del 95 % de estas muertes ocurrieron

en países de ingresos bajos y medianos bajos, y que la mayoría de ellas podrían haberse prevenido.

La Organización Mundial de la Salud agregó que, la mortalidad materna es un grave problema. Casi 287 000 muertes de mujeres en todo el mundo se atribuyeron a complicaciones del embarazo o el parto en 2020. “Queda la necesidad de decir que el 95% de estas muertes ocurren en países de bajos y medianos ingresos y que la mayoría podría haberse prevenido, ya que a trata de causas evitables o tratables”. Esto demuestra la necesidad de mejoras urgentes en la atención médica de estos países, además del acceso prenatal, el cuidado durante el parto y los servicios postparto para abordar mejor la mortalidad materna.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021) señala que la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública en la región, reflejando las limitaciones del sistema de salud para garantizar a las mujeres el derecho a una maternidad segura. Además, este indicador revela desigualdades y alerta sobre la necesidad de mejorar los mecanismos para la detección y tratamiento oportuno de condiciones que pueden afectar gravemente la salud de las mujeres durante el embarazo, parto o posparto.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos indica que la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública en muchas regiones, más notoriamente en países que tienen recursos limitados con relación a sus sistemas de salud. La mortalidad materna es una indicación de la incapacidad de proteger el derecho de las mujeres a una maternidad segura y muestra una disparidad significativa en el acceso a la atención médica. Esta es la razón por la

cual es crucial contar con sistemas de salud en los que haya instalaciones para identificar y tratar tempranamente las condiciones que ponen en peligro la vida de una mujer durante el embarazo, la entrega y el período posnatal.

2.5.1. Partos en alto riesgo

La posibilidad de complicaciones graves durante el parto aumenta debido a factores como la edad maternal avanzada, los múltiples embarazos y problemas de salud preexistentes. Think Phu (2022) define el embarazo de "alto riesgo" como aquel en el que la mujer presenta uno o más factores que incrementan la probabilidad de que ella o su bebé enfrenten problemas de salud o un parto prematuro.

La cita define un embarazo de “alto riesgo” al que “una mujer tiene uno o más factores que aumentan las probabilidades de problemas de salud para la madre, o un nacimiento prematuro. El embarazo de “alto riesgo” también implica que las complicaciones podría no solo ser una amenaza para la salud de la madre, sino también amenazar la del bebé. Por lo tanto, “un embarazo de alto riesgo” necesita cuidados especiales y una estrecha vigilancia.

Basak Baksu (2024) indica que varios factores pueden aumentar el riesgo durante el embarazo, incluyendo la edad materna, el estado de salud, experiencias previas y factores genéticos. Destaca que los embarazos en mujeres mayores de 35 años y menores de 19 años requieren especial atención debido a un mayor riesgo de diabetes, hipertensión, aborto espontáneo, parto prematuro y malformaciones congénitas.

De acuerdo con Basak Baksu, varios riesgos pueden aumentar la probabilidad de un embarazo. Estos incluyen la edad de la madre, la salud general del paciente, la historia obstétrica y factores genéticos. Las mujeres de 19 años o menos y las mujeres de 35 años o más tienen una probabilidad significativamente más alta de varios riesgos, como diabetes, hipertensión, aborto espontáneo, parto prematuro y anomalías congénitas. Por lo tanto, se requiere un diagnóstico prenatal específico y detallado para estos grupos.

2.5.2. Tasa de nacimientos prematuros

Si no se realiza un número suficiente de controles prenatales o si existen factores de riesgo, es más probable que ocurran partos prematuros, lo que dificulta el desarrollo y la supervivencia del recién nacido.

Belluz (2018) explica que, en Estados Unidos, aproximadamente uno de cada diez bebés nace prematuramente cada año, es decir, antes de la semana 37 de gestación o más de tres semanas antes de la fecha estimada de parto. Estos bebés suelen ser más pequeños y presentan mayor incidencia de problemas respiratorios, cardíacos, cerebrales, metabólicos y sistemas inmunológicos poco desarrollados.

Belluz describió que “aproximadamente uno de cada diez bebés en los Estados Unidos nace prematuro, antes de las 37 semanas de embarazo”, ya que “nacer demasiado pronto puede significar desde siempre la oportunidad significativa de muchas complicaciones”. Por ejemplo, problemas de salud en el bebé como respiratorio, cardíaco, cerebral y metabólico, un sistema inmunológico subdesarrollado que se desarrolla los últimos meses del ciclo de embarazo. Como

consecuencia, los bebés prematuros son vulnerables debido a que no tienen tiempo para crecer y desarrollarse requiere médicos con conocimiento especializado y atención para mantenerlos seguros.

La Organización Panamericana de la Salud (2023) indica que uno de cada diez bebés nace prematuro y que cada 40 segundos uno de ellos fallece. Además, señala que las tasas de nacimientos prematuros se han mantenido estables en la última década a nivel mundial, pero que factores como los conflictos, el cambio climático y la COVID-19 están incrementando los riesgos para mujeres y bebés en todo el mundo.

La OPS destaca que, aunque se intente reducir las tasas de nacimientos prematuros, no ha habido cambios en la última década, ni en ninguna de las regiones del planeta. De cada 10 bebés nacidos, uno es prematuro, y cada 40 segundos muere uno. Los conflictos, el cambio climático y la pandemia de COVID-19 han aumentado los riesgos para la mujer y el recién nacido en todo el mundo, lo que justifica la importancia de la prevención y la atención preventiva.

2.5.3. Mortalidad materna y neonatal

La falta de atención preventiva y asistencia médica a menudo conduce a una mayor tasa de muertes maternas y neonatales que, en la mayoría de los casos, podrían prevenirse a través de intervenciones oportunas. Dulay (2024) define la mortalidad materna como la muerte de una mujer embarazada debido a complicaciones del embarazo o parto, mientras que la mortalidad perinatal se refiere a la muerte de un feto o recién nacido cerca del momento del parto.

Según indica la cita, la mortalidad materna es la muerte de una mujer embarazada debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Por otro lado, la mortalidad perinatal implica la muerte de un feto o recién nacido alrededor del momento del parto. Los dos tipos de mortalidad son indicadores significativos de la calidad de la atención médica brindada durante el embarazo y el acto de parto. Esto coloca una demanda urgente de adecuados y accesibles servicios de salud para proteger a las mujeres embarazadas y a sus hijos nonatos de tales tragedias.

La Organización Mundial de la Salud (2024) informa que las muertes neonatales han disminuido un 44 % desde el año 2000. No obstante, en 2022, casi la mitad (47 %) de todas las muertes de niños menores de cinco años ocurrieron durante el período neonatal, los primeros 28 días de vida, un momento especialmente vulnerable que requiere atención intensiva y de calidad durante el parto y para el recién nacido.

Según la Organización Mundial de la Salud, aunque las muertes neonatales disminuyeron un 44% desde el año 2000, todavía son más de 2 millones al año y casi la mitad 47% de las muertes de niños menores de 5 años sigue ocurriendo durante el período neonatal, lo que indica que: “es alarmante que casi la mitad de las muertes infantiles entre 2000 y 2010 ocurrieron durante los primeros 28 días después del nacimiento, cuando la vida del recién nacido corre más peligro”.

Ese es un período especialmente vulnerable, lo que demuestra que los servicios al nacer y el núcleo de los cuidados del recién nacido deben contar con suficientes instalaciones de buena

calidad para ayudar a evitar esas muertes que podrían ser evitables y permitir que todos los bebés comiencen la vida de manera saludable.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de investigación guía el proceso de análisis y determina la forma de recolección e interpretación de los datos. Existen tres enfoques principales: cuantitativo, basado en la medición estadística; cualitativo, que explora significados y experiencias; y mixto, que combina ambos para una visión más completa. Según Hernández (2018), el enfoque cualitativo permite comprender fenómenos desde la perspectiva de los participantes, analizando sus interpretaciones y contextos. En este estudio, dicho enfoque es adecuado para explorar las barreras sociales, económicas y culturales que afectan la falta de atención prenatal en mujeres embarazadas extranjeras analfabetas, proporcionando una comprensión profunda del fenómeno y facilitando el desarrollo de estrategias de intervención efectivas.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es revisión sistemática porque recopila, analiza y sintetiza estudios previos sobre el tema para identificar patrones, factores de riesgo y relaciones entre la falta de control prenatal y la mortalidad materno-infantil. Este tipo de estudio sigue una metodología estructurada y rigurosa para seleccionar, evaluar y comparar la evidencia científica existente, garantizando un análisis integral y objetivo. Además, al no generar nuevos datos sino basarse en información secundaria, busca ofrecer una visión completa del estado actual del conocimiento, proporcionando bases sólidas para la toma de decisiones en salud pública e intervenciones preventivas.

Adicionalmente en este estudio descriptiva y correlacional, porque se basa en la recopilación y análisis de información secundaria, como estudios previos y datos médicos, se enfoca en

identificar y caracterizar los factores de riesgo en esta población y su impacto en la salud materno-infantil (descriptiva). Además, busca analizar la relación entre la falta de control prenatal y los indicadores de mortalidad, lo que implica un enfoque correlacional para medir la influencia de estas variables.

3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS Y OBJETOS DE ESTUDIO

Las unidades de análisis y los objetos de estudio comprenden los aspectos fundamentales de cualquier tipo de investigación, dado que definen el enfoque y el alcance de esta. En este sentido, las unidades de análisis corresponden a los sujetos, grupales, institucionales, eventos o fenómenos en torno a los cuales se recolectarán y analizarán los datos.

3.3.1 Área de estudio

La presente investigación, se desarrollará con artículos científicos a nivel mundial.

3.3.2 Fuentes de información

Las fuentes de información provienen de artículos científicos a nivel mundial proveniente de las plataformas PubMed Central, Scopus, Web of Science, Google Scholar, ScienceDirect, JSTOR, PsycINFO y ERIC.

3.3.3. Población

Según indica el autor Chauchera (2018) citado por Hernández (2018); una población se define como el total de elementos que cumplen con ciertas características específicas. En este estudio, la población está conformada por investigaciones relacionadas con mujeres inmigrantes

embarazadas entre los años 2015 y 2025. En el caso del presente estudio la población corresponde a estudios referentes a la población de mujeres inmigrantes embarazadas durante el período del 2015-2025.

3.3.4. Muestra

Según Hernández (2018); la muestra del presente estudio corresponde a mujeres inmigrantes embarazadas que no reciben atención prenatal de los estudios del 2015-2025.

3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se enlistan en la tabla 1 a continuación:

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de las Unidades de análisis	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos científicos de estudios que incluyan a mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.	Artículos científicos que incluyan exclusivamente a mujeres embarazadas nacionales o con acceso regular al control prenatal.
Artículos científicos que analicen la relación entre factores de riesgo y los indicadores de mortalidad materno-infantil.	Artículos científicos que no aborden indicadores de mortalidad materno-infantil o factores de riesgo relacionados.
Artículos científicos observacionales (cohortes, casos y controles, transversales) y revisiones sistemáticas.	Artículos científicos de ensayos clínicos, estudios experimentales o artículos de opinión y editoriales.
Artículos científicos publicados entre 2015 y 2025.	Artículos científicos que tengan un nivel de confiabilidad bajo

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.4.1 Diseño no experimental y transversal

El diseño de investigación no experimental transversal observa y analiza fenómenos en su entorno natural sin manipular variables, permitiendo describir y examinar relaciones en un solo momento en el tiempo. Según la Universidad Anáhuac (s.f.), este tipo de estudio se basa en la observación sin alteraciones intencionales, lo que lo hace adecuado para analizar los factores de riesgo en mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal, proporcionando una visión específica del fenómeno en un periodo determinado.

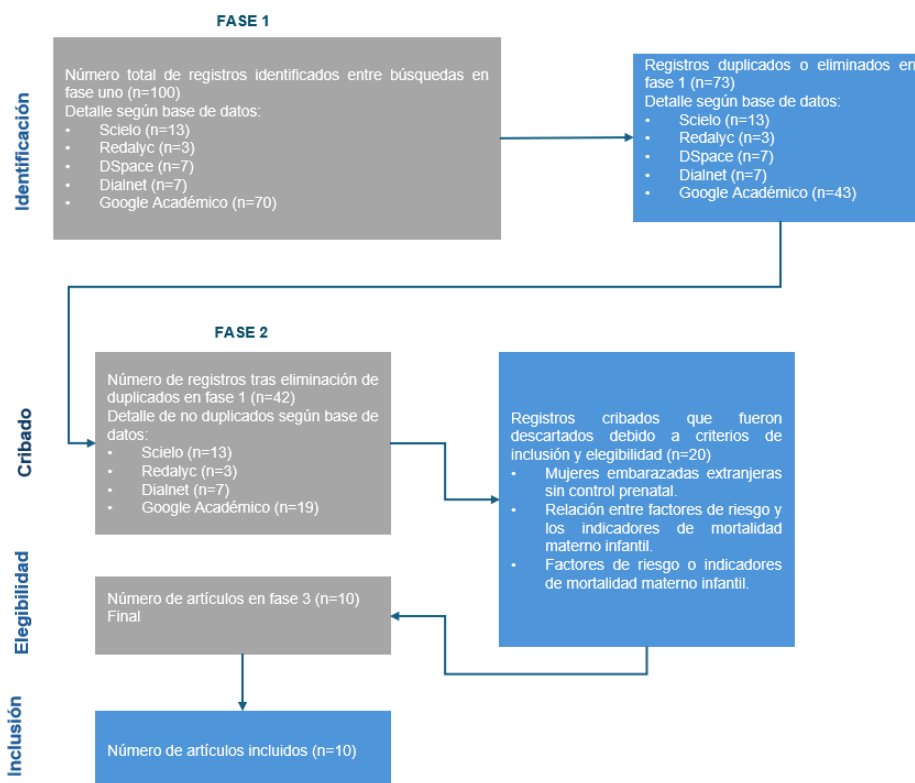
3.4.2 Método PRISMA

El presente estudio sigue las directrices del modelo PRISMA, cuyo nombre significa "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses" (Elementos Preferidos para Informes de Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis). PRISMA se diseñó para asegurar que los autores de revisiones sistemáticas presenten de manera clara y detallada la justificación del estudio, los métodos utilizados y los hallazgos obtenidos. Según Page et al. (2021) esta metodología ofrece una guía específica para la identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios relevantes

Para la recolección de datos, se desarrollaron las fases que se ilustran en la figura 2:

Figura 1.

Diagrama de diseño de la investigación



Fuente: Elaboración propia, 2025

3.4.3 Pregunta PICO

La técnica PICO de conformidad con Hipócrates (2021) se utiliza ampliamente en las revisiones sistemáticas para identificar las publicaciones que formarán parte de la revisión bibliográfica y para simplificar la elaboración del diagrama de flujo. Esta metodología establece criterios claros para incluir o excluir estudios durante la búsqueda, proporcionando los componentes esenciales para formular preguntas clínicas y transformar consultas generales en preguntas específicas fundamentadas en evidencia.

PICO es un acrónimo utilizado en investigación clínica para formular preguntas específicas y estructuradas, lo que facilita la búsqueda de evidencia científica. Cada letra representa un componente clave de la pregunta: **P** (paciente o población), **I** (intervención o exposición), **C** (comparación con otro tratamiento o grupo, cuando sea relevante) y **O** (resultado o efecto que se espera medir). Este enfoque permite que los investigadores o profesionales de la salud definan claramente los elementos de la pregunta de investigación y, por lo tanto, encuentren estudios más relevantes y aplicables a su contexto.

Tabla 2.

Sistema PICO

P Población	I Intervención	C Comparación	O Resultados
Mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.	Factores de riesgo asociados.	No aplica	Indicadores de mortalidad materno-infantil

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.4.4 Estrategia de búsqueda

La tabla siguiente muestra las palabras clave empleadas en la búsqueda de artículos para esta investigación. Estas palabras clave se utilizaron en diversas bases de datos, combinándolas con operadores booleanos como "AND", "OR" y "NOT", lo que permitió delimitar la búsqueda y seleccionar los artículos más relevantes para el estudio.

Tabla 3.

Palabras utilizadas en la búsqueda de artículos científicos para la revisión

Palabra clave en inglés

Palabra clave en español

Risk factors	Factores de riesgo
Pregnancy without prenatal care	Embarazo sin control prenatal
Foreign pregnant women	Mujeres embarazadas extranjeras
Maternal and infant mortality	Mortalidad materno-infantil

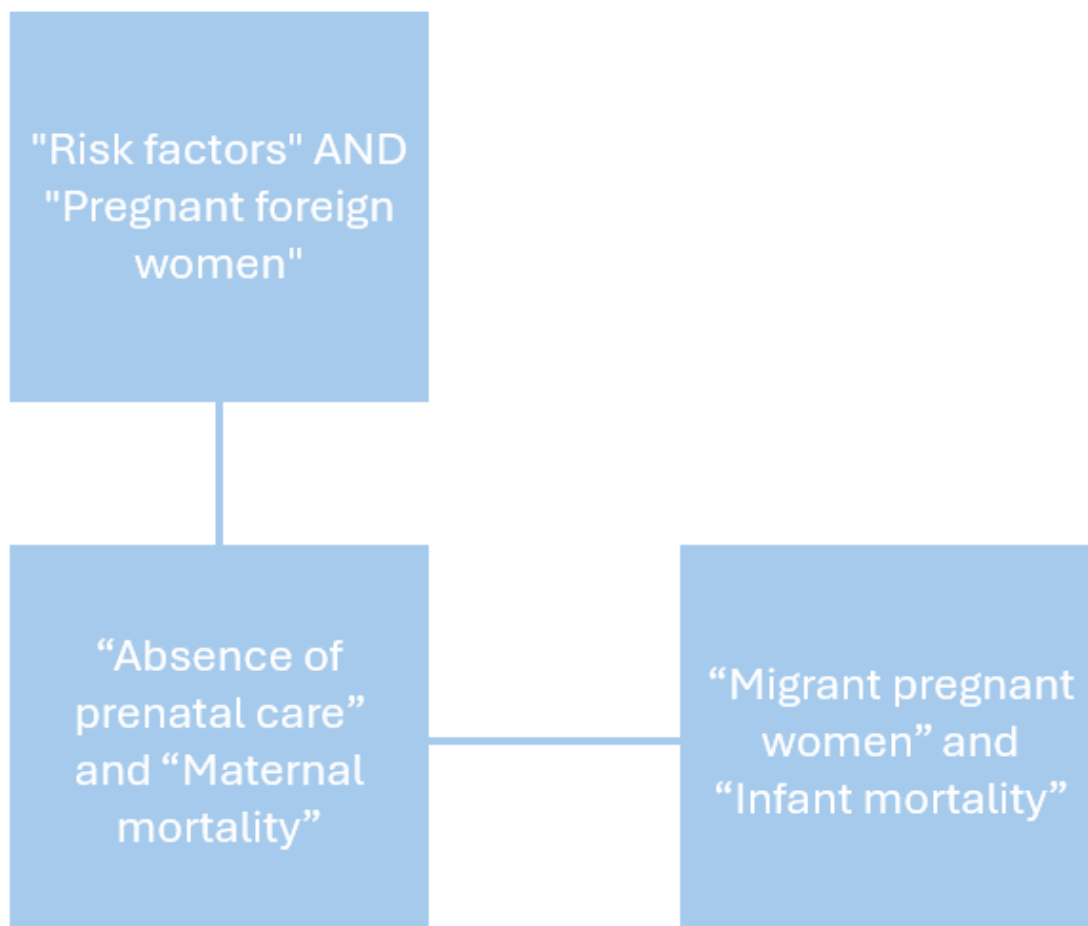
Fuente: Elaboración propia, 2025

3.4.5 Algoritmo de búsqueda

A continuación, en la figura 1, se muestra el algoritmo de búsqueda para los artículos científicos de la investigación:

Figura 2.

Algoritmo de búsqueda de la investigación



Fuente: Elaboración propia, 2025

3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la elección de los artículos científicos, se realizó una tabla de cotejo en Excel para filtrar los artículos que cumplen con los criterios de inclusión, dado como resultado los documentos de la tabla 4.

Tabla 4.
Organización de datos

Título	Año	Autor	Metodología	Objetivo	Resultados/ Conclusiones	Observaciones

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Como se puede observar en la figura 1, se tiene una primera fase de identificación, en la que primero se realizó una búsqueda indiscriminada de artículos científicos que se relacionan con el tema de investigación, en las diferentes bases de datos académicas, utilizando la estrategia de búsqueda y el algoritmo de búsqueda. En esta primera parte se obtuvo una cantidad de 100 artículos, de los cuales 13 salieron de Scielo, 3 de Redalyc, 7 de DSpace, 7 de Dialnet y 70 de Google Académico.

En la segunda parte del proceso, se inicia con los filtrados, en este paso se filtran documentos no accesibles, ya sea por un enlace erróneo o por que se solicita pago para la revisión del artículo

y los suplicados, lo que da un total de artículos elegibles de 73 artículos con la siguiente distribución: 13 de Scielo, 3 de Redalyc, 7 de Dspace, 7 de Dialnet y 43 de Google Académico. La tercera parte del filtrado se realiza mediante los criterios de inclusión y exclusión, lo que deja un total de artículos elegibles de 42 con esta distribución; 13 de Scielo, 3 de Redalyc, 7 de Dialnet y 19 de Google Académico,

Por último, se aplica el último filtro mediante la lectura crítica mediante el método de Ficha 3.0, donde se elegirían solo los artículos con nivel de evidencia alta, dejando un total de 10 artículos para el análisis.

3.6 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Para la presente investigación, la organización de datos se ordenará en tablas por objetivo específico, en donde se establece el título, el año, el autor, la metodología, el objetivo, los resultados y conclusiones y observaciones, como se muestra a continuación:

Tabla 5.
Matriz de extracción de datos

Código	Título	Autor (es)	Año	País	Idioma	Tipo de publicación	Revista
A1	Correlación de los factores de riesgo de la mortalidad materna en el departamento de La Guajira durante los años 2017– 2021.	Gómez Archbold Iliá, Guardo Navarro Jennifer.	2021	Colombia	Español	Descriptivo y correlacional.	Scielo
A2	Prevalencia Y Comparación De Los Factores De Riesgo Asociados Al Bajo Peso Al Nacer En Hijos De Gestantes Extranjeras Y Peruanas En El Hospital Iii	Fernández Choque Wanda Beatriz.	2020	Perú	Español	Relacional, comparativo y retrospectivo.	Scielo
A3	Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020.	Calle Ramírez AM, Ramírez González B, Quirós Gómez OI.	2022	Colombia	Español	Observacional, transversal y retrospectivo con intención analítica de asociación.	Scielo

Código	Título	Autor (es)	Año	País	Idioma	Tipo de publicación	Revista
A4	Migración y Discriminación: Situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile.	Ortiz Jovita, Quiroz Jael, Díaz Marcela, Binfa Lorena, Araya Marcela.	2024	Chile	Español	Revisión sistemática	Scielo
A5	Factores que influyen en el Control Prenatal.	Guamán Kristhel, Reyes Elida.	2023	Ecuador	Español	Observacional, descriptivo y transversal.	Dialnet
A6	Barreras Generadas En La Atención De La Gestante Inmigrante En El Control Prenatal, Que Conllevan A Un Parto No Institucional, Bajo La Promoción De La Salud De Nola Pender.	Herrera Angie	2021	España	Español	Estudio descriptivo; Retrospectivo; Transversal.	Redalyc
A7	Barreras y facilitadores asociados al acceso a cuidados prenatales en diversos países por niveles de desarrollo.	Caballero Sara, Pérez Julieth	2024	Colombia	Español	Retrospectivo y corresponde a un artículo de revisión (manuscrito).	Google Académico

Código	Título	Autor (es)	Año	País	Idioma	Tipo de publicación	Revista
A8	Necesidades, barreras y facilitadores en salud sexual y salud reproductiva de mujeres migrantes venezolanas en una localidad de Bogotá DC - Colombia 2020-2021.	Mejía Pérez Dauris Lineth.	2022	Colombia	Español	Exploratoria y descriptiva	Google Académico
A9	Experiencias y vivencias de las madres migrantes que reciben atención en salud materna metasíntesis cualitativa.	Jaimes Angarita Andrea Michell.	2021	Colombia	Español	Cualitativa	Google Académico
A10	Factores De Riesgo E Infecciones De Transmisión Sexual En Embarazadas Atendidas En Un Hospital Nivel Iii Del Distrito De San Martín De Porres En Los Años 2018 Y 2019	Dominique Vanesa Butron Goizueta Favio Sotelo Rivas.	2022	Perú	Español	No experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.	Google Académico
Criterios							Cumplimiento

Código	Título	Autor (es)	Año	País	Idioma	Tipo de publicación	Revista
	Artículos científicos de estudios que incluyan a mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal.						√
	Artículos científicos que analicen la relación entre factores de riesgo y los indicadores de mortalidad materno-infantil.						√
	Artículos científicos observacionales (cohortes, casos y controles, transversales) y revisiones sistemáticas.						√
	Artículos científicos publicados entre 2015 y 2025.						√
	Artículos científicos en inglés o español						√

Fuente: Elaboración propia, 2025

3.7. ANÁLISIS DE DATOS

Para la lectura crítica de la información obtenida, se empleará la Ficha de lectura crítica y el método GRADE.

La Ficha de Lectura Crítica es una herramienta utilizada para analizar y reflexionar sobre textos académicos, permitiendo a los usuarios sintetizar la información de manera estructurada y crítica. Su objetivo es desglosar los elementos clave de un artículo o libro, como el resumen del contenido, los objetivos del estudio, la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las conclusiones. Además, incluye un análisis crítico que evalúa la validez del estudio, sus fortalezas y debilidades, así como su relevancia en el contexto de la investigación. Esta herramienta es fundamental para facilitar la comprensión profunda de los textos y aplicar sus hallazgos en investigaciones futuras.

El método GRADE es un enfoque utilizado para realizar una evaluación crítica de artículos científicos y valorar su calidad y utilidad. El acrónimo GRADE representa cuatro aspectos clave: el Grado de Evidencia (nivel de solidez del estudio), la Relevancia (aplicabilidad de los resultados al contexto específico), la Adecuación metodológica (validez de los métodos utilizados) y el Desenlace o resultado (importancia y fiabilidad de los resultados obtenidos). Este método proporciona una forma estructurada de evaluar si un estudio es confiable, pertinente y adecuado para responder a las preguntas de investigación, garantizando que los estudios revisados sean de alta calidad y aplicables al trabajo del investigador.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta sección presenta los hallazgos obtenidos tras analizar los datos recolectados. Primero se describen las tendencias generales de las variables estudiadas y los patrones que surgen en la muestra. Adicionalmente se establece porcentualmente la distribución de los artículos elegidos por base de datos, país, tipo de estudio y fase de selección. Seguidamente se presentan los resultados obtenidos de la muestra según los objetivos específicos de la investigación.

4.1.1. Generalidades sobre los estudios seleccionados

La muestra del estudio se compone de un total de 16 artículos, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y tienen un nivel de evidencia alta. A continuación, se presenta la distribución de esta muestra según la base de datos consultada, el país de procedencia del artículo, el tipo de investigación realizada y por último, los filtros por fase de elección de estos artículos.

Tabla 6

Distribución porcentual de artículos seleccionados según base de datos consultada

Base de datos	Cantidad Absoluta	Cantidad Relativa
Scielo	4	40%
Dialnet	1	10%
Redalyc	1	10%
Google Académico	4	40%

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Al analizar la procedencia de los dieciséis artículos seleccionados, se aprecia que Google Académico y Scielo dominan la búsqueda, pues aporta siete trabajos que representan el 80 %

del total. En contraste, Dialnet y Redalyc contribuyen con apenas una publicación cada una 10 % por base, reflejando una oferta más limitada o una menor visibilidad dentro del tema tratado. Esta distribución evidencia una estrategia de rastreo que combina plataformas de amplio alcance con bases especializadas.

Tabla 7

Distribución porcentual de artículos seleccionados según país de publicación

País de Publicación	Cantidad Absoluta	Cantidad Relativa
Colombia	5	50%
Perú	2	20%
Chile	1	10%
España	1	10%
Ecuador	1	10%

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Al revisar el origen geográfico de los dieciséis estudios recopilados, se comprueba que Colombia lidera la producción con seis publicaciones, equivalente al 50 % del total. Perú ocupa el segundo lugar con dos artículos, lo que representa 20 %, mientras que Chile España y Ecuador comparten el tercer escalón con un trabajo cada uno, es decir, 10 % por país.

Tabla 8

Tipos de diseño de artículos seleccionados según el diseño de estudio

Diseños de estudios	Cantidad Absoluta	Cantidad Relativa
Descriptivo y correlacional	1	10%
Observacional, descriptivo y transversal	1	10%
Relacional, comparativo y retrospectivo	1	10%
Observacional, transversal y retrospectivo con intención analítica de asociación	1	10%
Revisión sistemática	1	10%

Cualitativo	1	10%
Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal	1	10%
Retrospectivo y corresponde a artículo de revisión (Manuscrito)	1	10%
Exploratorio y descriptivo	1	10%
No experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo	1	10%

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La revisión exhibe una notable diversidad en los enfoques metodológicos de los 10 estudios analizados, y lo que se muestra es que ningún modelo domina el panorama.

Tabla 9

Distribución de artículos según fase de filtrado implementando el método PRISMA

Fase de filtrado de artículos	Cantidad Absoluta
1	100
2	73
3	42
4	10

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La aplicación secuencial del protocolo PRISMA muestra una depuración gradual y rigurosa del material identificado. En la primera fase, el proceso parte de cien registros que abarcan todo el espectro de la literatura encontrada. Conforme se aplican los criterios de elegibilidad y se eliminan duplicados en la segunda fase, el corpus se reduce a setenta y tres títulos, cifra que evidencia un primer filtro sustancial.

La tercera etapa profundiza en la lectura crítica y descarta estudios que no cumplen los requisitos metodológicos, hasta quedar cuarenta y dos artículos. Finalmente, el examen detallado del texto completo y la verificación de pertinencia temática dejan diecinueve investigaciones sólidas, las cuales constituyen la base definitiva para el análisis. Este recorrido subraya la solidez del

filtrado y garantiza que solo los trabajos más relevantes y de mayor calidad fundamenten las conclusiones del estudio.

4.2. Descripción de factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal

Este apartado presenta los resultados de las condiciones que, en conjunto, elevan la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas extranjeras que no reciben control prenatal. Se consideran tanto los factores individuales como la edad materna o la presencia de patologías previas como los contextuales, entre ellos la inseguridad jurídica, las barreras idiomáticas y la precariedad socioeconómica que limita el acceso a servicios de salud.

Tabla 10

Resultados de la descripción de factores de riesgo presentes en mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal

Título	Año	Autor	Metodología	Objetivo	Resultado/Conclusiones	Observaciones
Correlación de los factores de riesgo de la mortalidad materna en el departamento de La Guajira durante los años 2017–2021.	2021	Gómez Archbold Iliá, Guardo Navarro Jennifer	Cualitativa	Determinar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en el Departamento de La Guajira, en el periodo comprendido entre los años 2017 – 2021	La mortalidad materna se concentró mayormente en el puerperio, afectando principalmente mujeres indígenas, sin afiliación al sistema de salud y en régimen subsidiado, destacando su alta vulnerabilidad y la necesidad de intervenciones focalizadas.	Las mujeres sin control prenatal, especialmente indígenas y migrantes, presentan mayor riesgo de mortalidad materna, evidenciando deficiencias en

						acceso a servicios.
Prevalencia y comparación de los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas.	2020	Fernández Choque Wanda Beatriz.	Relacional, comparativo y retrospectivo.	Determinar los Factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal; en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena-Colombia durante el periodo de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018.	El bajo peso al nacer está vinculado con controles prenatales insuficientes, infecciones urinarias, hipertensión gestacional y otras condiciones prevenibles.	La falta de control prenatal se asocia directamente con resultados adversos como el bajo peso al nacer en embarazadas extranjeras.
Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución	2022	Calle Ramírez AM, Ramírez González B, Quirós Gómez OI.	Observacional, transversal y retrospectivo con intención analítica de asociación.	Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas en el	Las embarazadas inmigrantes presentan morbilidades asociadas a condiciones sociodemográficas y comorbilidades específicas, como hipertensión arterial,	Factores sociales y médicos, agravados por la ausencia de control prenatal, incrementan el riesgo de morbilidad

hospitalaria, Colombia.				Hospital III Goyeneche, durante el año 2019.	vinculadas con la falta de control prenatal.	materna extrema en mujeres extranjeras.
Migración y Discriminación: Situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile.	2024	Ortiz Jovita, Quiroz Jael, Díaz Marcela, Binfa Lorena, Araya Marcela.	Revisión sistemática	Determinar los perfiles de morbilidad materna extrema de acuerdo con las condiciones clínicas y sociodemográficas de pacientes colombianas y venezolanas.	Aunque algunas inmigrantes presentan buena salud, las barreras de acceso y discriminación impactan negativamente la salud materna y perinatal.	La discriminación y barreras al acceso contribuyen a que mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal presenten mayores riesgos.
Factores que influyen en el Control Prenatal.	2023	Guamán Kristhel, Reyes Elida.	Observacional, descriptivo y transversal.	Conocer, comprender e interpretar los motivos, circunstancias y situaciones que explican el control gestacional inadecuado en mujeres inmigrantes y autóctonas del	Bajo conocimiento sobre riesgos de no asistir al control prenatal y alta incidencia de complicaciones (infecciones urinarias, anemia, hipertensión) asociadas a control insuficiente.	El desconocimiento y mala atención en servicios de salud contribuyen a que embarazadas extranjeras no realicen control prenatal oportuno.

				<p>área sanitaria de Huelva, desde una perspectiva sociosanitaria, con el fin de identificar las barreras personales, culturales, económicas e institucionales que afectan el acceso y la calidad del control prenatal.</p>		
<p>Barreras y facilitadores asociados al acceso a cuidados prenatales en diversos países por niveles de desarrollo.</p>	2024	<p>Caballero Sara, Pérez Julieth</p>	<p>Retrospectivo y corresponde a un artículo de revisión (manuscrito).</p>	<p>Determinar las barreras y facilitadores asociados a los cuidados prenatales en países según sus niveles de desarrollo.</p>	<p>En países en desarrollo, la falta de acceso y barreras culturales y económicas limitan el control prenatal, afectando a mujeres inmigrantes especialmente.</p>	<p>Las condiciones socioeconómicas y culturales limitan el acceso a control prenatal en mujeres extranjeras sin control.</p>
<p>Necesidades, barreras y facilitadores en salud sexual y salud</p>	2022	<p>Mejía Pérez Dauris Lineth.</p>	<p>Exploratoria y descriptiva</p>	<p>Explorar las necesidades, barreras y facilitadores para el acceso a</p>	<p>Barreras como desigualdad social, estigma y falta de políticas adecuadas</p>	<p>Las barreras sociales y políticas generan que mujeres migrantes</p>

<p>reproductiva de mujeres migrantes venezolanas en Bogotá.</p>				<p>servicios de salud sexual y salud reproductiva en mujeres migrantes venezolanas en una localidad de Bogotá, D.C., durante el periodo 2020-2021, tomando en cuenta un enfoque de derechos y el curso de vida de estas mujeres, especialmente en el contexto de la pandemia y las desigualdades asociadas a su condición migratoria.</p>	<p>dificultan el acceso a control prenatal.</p>	<p>embarazadas carezcan de control prenatal adecuado.</p>
<p>Experiencias y vivencias de las madres migrantes que reciben atención en salud materna:</p>	<p>2021</p>	<p>Jaimes Angarita Andrea Michell.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Realizar una revisión de la literatura científica sobre las experiencias vividas por las madres migrantes</p>	<p>Las madres migrantes enfrentan vulnerabilidades y barreras de acceso que impactan negativamente su experiencia y control prenatal.</p>	<p>Las experiencias negativas y barreras institucionales contribuyen a que muchas mujeres</p>

metasíntesis cualitativa.				que reciben atención materna en el contexto migratorio, con el fin de comprender las barreras y vulnerabilidades que afectan su atención y desarrollo de la maternidad.		embarazadas extranjeras no accedan a control prenatal.
Factores de riesgo e infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en San Martín de Porres.	2022	Dominique Vanesa Butron Goizueta Favio Sotelo Rivas.	No experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.	Describir el comportamiento de los factores de riesgo y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en gestantes atendidas en un hospital nivel III del distrito San Martín de Porres durante 2018-2019, determinar su frecuencia y comparar estos factores según nacionalidad.	Las embarazadas extranjeras presentaron mayor frecuencia de factores de riesgo asociados a infecciones de transmisión sexual y falta de controles prenatales.	La falta de control prenatal incrementa la vulnerabilidad de embarazadas extranjeras a infecciones y complicaciones.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Los estudios presentados en la tabla 10 convergen en un diagnóstico claro: la ausencia de control prenatal coloca a las gestantes extranjeras en la antesala de complicaciones que van desde el bajo peso al nacer hasta la morbilidad materna extrema. Investigaciones descriptivas, cualitativas y sistemáticas exponen que la falta de afiliación sanitaria, la pobreza y la discriminación se combinan con patologías como hipertensión e infecciones para agravar los riesgos durante el embarazo y el puerperio.

En Colombia, Venezuela, Perú y Chile se subraya que las mujeres indígenas o migrantes sin cobertura médica soportan la carga más pesada, mientras que revisiones comparativas revelan patrones similares en contextos urbanos de Guatemala y Panamá. Las barreras culturales, económicas e institucionales emergen como hilos conductores: limitan la asistencia a controles, derivan partos fuera de instituciones y elevan la vulnerabilidad frente a infecciones de transmisión sexual.

En su conjunto, la evidencia demuestra que la inequidad estructural y la falta de políticas inclusivas perpetúan un círculo de riesgo que solo puede romperse con intervenciones focalizadas, acceso universal a la salud y estrategias que fortalezcan la educación y el acompañamiento prenatal.

4.3. Identificación de indicadores de mortalidad materno infantil que se presentan en mujeres embarazadas sin control prenatal

Este apartado presenta los indicadores que permiten dimensionar el impacto del ausentismo prenatal en la salud de la madre y del recién nacido. Se describen las métricas más empleadas razón de mortalidad materna, tasa de muerte neonatal, incidencia de mortinatos y complicaciones obstétricas prevenibles y se explica cómo cada una refleja distintos eslabones de la cadena de atención que se fractura cuando la gestante no accede a controles periódicos.

Al detallar la relevancia clínica y epidemiológica de estos parámetros, el texto sienta las bases para interpretar los datos presentados más adelante, resaltar las áreas de mayor vulnerabilidad y orientar la formulación de estrategias que reduzcan los desenlaces fatales tanto para la madre como para el lactante.

Tabla 11

Resultados de los indicadores de mortalidad materno infantil que se presentan en mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal

Título	Año	Autor	Metodología	Objetivo	Resultado/Conclusiones	Observaciones
Correlación de los factores de riesgo de la mortalidad materna en el departamento de La Guajira durante los años 2017–2021	2021	Gómez Archbold Iliá, Guardo Navarro Jennifer	Descriptivo y correlacional.	Determinar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en el Departamento de La Guajira, en el periodo comprendido entre	Mortalidad materna mayor en puerperio, mujeres indígenas, sin seguridad social y régimen subsidiado. Alta vulnerabilidad y necesidad de intervenciones focalizadas.	Resalta deficiencias en acceso a salud, inversión y educación. Se enfatiza en zonas rurales y comunidades étnicas.

				los años 2017 – 2021		
Prevalencia y comparación de factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas (Hospital III)	2020	Fernández Choque Wanda Beatriz.	Relacional, comparativo y retrospectivo.	Determinar los Factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal; en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena-Colombia durante el periodo de 01 de junio a 30 de septiembre de 2018.	Bajo peso asociado a escasos controles prenatales, infecciones urinarias, hipertensión y edad gestacional.	Destaca importancia de control prenatal adecuado para prevenir desenlaces adversos.
Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes atendidas en Colombia 2017-2020	2022	Calle Ramírez AM, Ramírez González B, Quirós Gómez OI.	Observacional, transversal y retrospectivo con intención analítica de asociación	Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas en el	Comorbilidades como diabetes, hipotiroidismo, VIH, hipertensiones prevalentes. Diferencias sociodemográficas entre grupos.	Perfil diferenciado entre nacionales y migrantes que afecta riesgos y resultados.

				Hospital III Goyeneche, durante el año 2019.		
Migración y discriminación: situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile	2024	Ortiz Jovita, Quiroz Jael, Díaz Marcela, Binfa Lorena, Araya Marcela.	Revisión sistemática	Determinar los perfiles de morbilidad materna extrema de acuerdo con las condiciones clínicas y sociodemográficas de pacientes colombianas y venezolanas.	Persisten barreras de acceso y discriminación que afectan salud materna y perinatal.	Se destaca fenómeno "inmigrante sano" pero con obstáculos para acceso equitativo.
Factores que influyen en el control prenatal	2023	Guamán Kristhel, Reyes Elida.	Observacional, descriptivo y transversal.	Conocer, comprender e interpretar los motivos, circunstancias y situaciones que explican el control gestacional inadecuado en mujeres inmigrantes y autóctonas del área sanitaria de	Baja asistencia a controles y alto desconocimiento sobre factores de riesgo. Complicaciones frecuentes: infecciones urinarias, aborto, anemia, hipertensión gestacional.	Mala atención en unidades de salud contribuye a complicaciones maternas.

				Huelva, desde una perspectiva socio-sanitaria, con el fin de identificar las barreras personales, culturales, económicas e institucionales que afectan el acceso y la calidad del control prenatal.	
--	--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La evidencia reunida confirma que la falta de control prenatal se traduce en indicadores alarmantes de salud materna e infantil entre gestantes extranjeras. En La Guajira, la mortalidad materna se concentra en el puerperio y golpea con mayor fuerza a mujeres indígenas sin seguridad social; patrones semejantes aparecen en Cartagena, donde el bajo peso al nacer y las complicaciones perinatales se vinculan a controles insuficientes.

Estudios comparativos en Perú y Colombia añaden que comorbilidades como hipertensión, diabetes o infecciones urinarias potencian el riesgo, mientras que revisiones en Chile revelan que la discriminación y las barreras de acceso perpetúan la inequidad pese al llamado “inmigrante sano”. Investigaciones cualitativas en Huelva y Pamplona describen una cadena de obstáculos culturales, económicos e institucionales que derivan en partos fuera del sistema de salud y elevan la morbilidad materna extrema.

En conjunto, los resultados muestran cómo la exclusión sanitaria y los determinantes sociales erosionan la seguridad del binomio madre-hijo y subrayan la urgencia de políticas inclusivas y controles prenatales oportunos para revertir estos desenlaces adversos.

4.4. Relación de factores de riesgo identificados con los indicadores de mortalidad materno infantil

En este apartado se presenta los resultados de como los factores de riesgo que afectan a las gestantes extranjeras desde las barreras económicas y culturales hasta la ausencia de afiliación sanitaria se reflejan en los principales indicadores de mortalidad materna e infantil. Se explora de qué manera la falta de control prenatal, las comorbilidades no tratadas y la discriminación institucional se traducen en mayores tasas de muerte materna, aumento del bajo peso al nacer y elevadas complicaciones neonatales.

Tabla 12

Resultados de la relación de factores de riesgos identificados con los indicadores de mortalidad materno infantil

Título	Año	Autor	Metodología	Objetivo	Resultado/Conclusiones	Observaciones
Correlación de los factores de riesgo de la mortalidad materna en el departamento de La Guajira	2021	Gómez Archbold Illia, Guardo Navarro Jennifer	Descriptivo y correlacional	Determinar el comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en el Departamento de La Guajira, en	La mortalidad materna ocurrió principalmente en el puerperio, sobre todo en mujeres indígenas y con baja afiliación al sistema de salud, evidenciando	Resalta la importancia de atender a poblaciones vulnerables (indígenas, régimen

durante los años 2017–2021.				el periodo comprendido entre los años 2017 – 2021	vulnerabilidad y necesidad de intervenciones focalizadas. La mortalidad materna es alarmantemente alta, reflejando deficiencias en el acceso y urgencia de inversión para prevenir muertes evitables.	subsidiado) y zonas rurales para reducir la mortalidad materna.
Prevalencia y comparación de los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas en el Hospital III.	2020	Fernández Choque Wanda Beatriz.	Observacional, descriptivo y transversal.	Determinar los Factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes venezolanas y su desenlace perinatal; en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo en Cartagena-Colombia durante el periodo de 01 de junio a 30 de	La prevalencia de bajo peso al nacer está relacionada con factores prevenibles como pocos controles prenatales, infecciones urinarias, hipertensión y edad gestacional, evidenciando la importancia de un control prenatal adecuado para reducir este indicador de mortalidad infantil.	. Enfatiza la relación directa entre factores de riesgo y resultados adversos en mortalidad infantil, resaltando la prevención.

				septiembre de 2018.		
Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020.	2022	Calle Ramírez AM, Ramírez González B, Quirós Gómez OI.	Observación transversal y retrospectivo con intención analítica de asociación.	Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas en el Hospital III Goyeneche, durante el año 2019.	Se encontró que mujeres venezolanas presentaron morbilidades asociadas a hipertensión, mientras que colombianas mostraron diabetes, VIH, obesidad, entre otras. Las condiciones sociodemográficas y comorbilidades influyen en la salud materna extrema, relacionadas con mortalidad materna.	Considera factores sociales y clínicos como determinantes del riesgo materno, con implicaciones en mortalidad.
Migración y Discriminación: Situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile.	2024	Ortiz Jovita, Quiroz Jael, Díaz Marcela, Binfa Lorena, Araya Marcela.	Revisión sistemática	Determinar los perfiles de morbilidad materna extrema de acuerdo con las condiciones clínicas y sociodemográficas de pacientes colombianas y venezolanas.	A pesar del fenómeno de “inmigrante sano”, persisten barreras y discriminación que afectan negativamente la salud materna y perinatal, incrementando riesgos y potencial mortalidad materno-infantil. La equidad en acceso a	Destaca la importancia de eliminar la discriminación y garantizar acceso equitativo para reducir mortalidad.

					servicios es fundamental para reducir riesgos.	
Factores que influyen en el Control Prenatal.	2023	Guamán Kristhel, Reyes Elida.	Observación 1, descriptivo y transversal.	Conocer, comprender e interpretar los motivos, circunstancias y situaciones que explican el control gestacional inadecuado en mujeres inmigrantes y autóctonas del área sanitaria de Huelva, desde una perspectiva socio-sanitaria, con el fin de identificar las barreras personales, culturales, económicas e institucionales que afectan el	Solo el 39.1% conocía los riesgos de no asistir al control prenatal; 30.8% presentaron complicaciones como infecciones urinarias, aborto, anemia e hipertensión, evidenciando la relación entre falta de control prenatal y complicaciones que pueden elevar la mortalidad materno-infantil.	Se evidencia un alto desconocimiento que incrementa riesgos maternos e infantiles asociados a control prenatal insuficiente.

				acceso y la calidad del control prenatal.		
--	--	--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Los estudios revisados confirman que las gestantes extranjeras sin control prenatal cargan con la mayor parte de los desenlaces letales tanto para ellas como para sus hijos. En La Guajira, las muertes maternas se concentran en el puerperio de mujeres indígenas que carecen de afiliación sanitaria, mientras que en Cartagena el bajo peso al nacer y las complicaciones fetales se asocian a escasos controles y a infecciones no tratadas.

Datos de Perú y del interior colombiano añaden que la hipertensión, la diabetes y el VIH actúan como detonantes de morbilidad extrema cuando la vigilancia prenatal es débil. Las revisiones chilenas muestran que la discriminación y las trabas administrativas perpetúan esos riesgos, pese a la aparente robustez inicial de la población migrante. Investigaciones cualitativas en España revelan un preocupante desconocimiento de los peligros de omitir el control gestacional y describen partos fuera del sistema como consecuencia de barreras culturales y económicas.

En conjunto, las evidencias delinear una relación directa entre exclusión sanitaria y mortalidad materno-infantil, subrayando la urgencia de políticas inclusivas que garanticen controles tempranos y permanentes.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

A continuación, se presenta la discusión de los resultados obtenidos de la revisión sistemática.

5.1. Descripción de factores de riesgo presentes en las mujeres embarazadas extranjeras sin control prenatal

El estudio de Gómez y Navarro (2020), analiza más de tres mil eventos obstétricos ocurridos en La Guajira entre 2017 y 2021, muestra que las gestantes migrantes en su mayoría venezolanas y sin cobertura sanitaria adecuada duplican el riesgo de morir por causas maternas; la ausencia de aseguramiento y la residencia rural dispersa generan demoras críticas: las mujeres que fallecen tardan en promedio 5,6 días en buscar atención tras los primeros síntomas y 4,2 días en ser hospitalizadas, lo que explica que el 60 % de las muertes se produzca en el puerperio. El trabajo concluye que garantizar afiliación al sistema de salud y controles prenatales tempranos, sin discriminar por estatus migratorio, es esencial para reducir la mortalidad y morbilidad materna en este grupo vulnerable.

Según Fernández (2020), entre las gestantes extranjeras que acuden al Hospital III Goyeneche, la ausencia de un control prenatal suficiente se vincula con un perfil de riesgo materno-fetal particularmente complejo. Cerca de siete de cada diez mujeres extranjeras realizan seis controles o menos, proporción considerada inadecuada y que duplica la probabilidad de alumbrar un recién nacido con bajo peso (OR = 2,0) . En este mismo grupo, la enfermedad hipertensiva del embarazo destaca: afecta al 69,77 % de las pacientes, frente a solo 11,24 % entre las gestantes nacionales, lo que incrementa de forma significativa el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y precipita cesáreas tempranas.

El estado nutricional también resulta preocupante: 55,81 % presenta sobrepeso y 34,88 % obesidad, combinación que se asocia a hemoconcentración y a una menor ganancia ponderal gestacional, factores que inciden en el peso neonatal. Desde la perspectiva perinatal, casi una cuarta parte de los partos ocurre antes de las 38 semanas y 18,6 % de los recién nacidos desarrolla restricción de crecimiento intrauterino, mientras que las infecciones neonatales y otras complicaciones menores completan el cuadro. En síntesis, la combinación de control prenatal insuficiente, hipertensión gestacional, exceso de peso materno, prematuridad y elevada tasa de cesáreas configura un entramado de factores que pone en desventaja a las gestantes extranjeras y a sus hijos desde el inicio de la vida.

El artículo de Calle et al. (2022) expone que las gestantes venezolanas atendidas con morbilidad materna extrema casi siempre llegan al hospital sin un control prenatal adecuado: en la mediana sólo registran una cita y lo hacen a las seis semanas de embarazo, mientras que las colombianas alcanzan seis controles y se incorporan al sistema a las nueve semanas. Esta falta de seguimiento temprano se acompaña de condiciones sociales precarias trabajo informal, ausencia de aseguramiento y niveles socioeconómicos bajos que limitan el acceso oportuno a la salud.

Clínicamente, la hipertensión arterial destaca como la comorbilidad más prevalente en ellas, y los eventos graves suelen presentarse antes del parto, con mayores tasas de sepsis, hemorragia obstétrica severa y mortalidad perinatal. Además, sólo 58 % reconoce a tiempo los signos de alarma, lo que prolonga la búsqueda de ayuda y agrava las complicaciones. En conjunto, el perfil de riesgo se configura por la suma de control prenatal insuficiente, vulnerabilidad social

y patologías hipertensivas que elevan la probabilidad de resultados maternos y neonatales adversos

El artículo de Ortíz et al. (2019) describe un entramado de riesgos que acompaña a las mujeres embarazadas extranjeras cuando carecen de un control prenatal oportuno. En primer lugar, la migración se perfila como un determinante social: muchas mujeres se insertan en sectores laborales precarios y de baja remuneración por ejemplo, el servicio doméstico informal situación que limita sus ingresos y su tiempo disponible para acudir a los servicios de salud, a la vez que incrementa la exposición a sobrecarga física y estrés psicosocial . Sobre este trasfondo socioeconómico se superpone la discriminación institucional y comunitaria; el temor a ser maltratadas o a revelar un estatus migratorio irregular hace que retrasen la primera consulta y reduzcan el número total de visitas prenatales, especialmente cuando existen barreras idiomáticas o desconocimiento de sus derechos sanitarios.

Las consecuencias de ese ingreso tardío son palpables: aunque el estudio constata el llamado “efecto inmigrante sano”, es decir, una prevalencia comparativamente menor de obesidad, hipertensión crónica y diabetes en el momento del parto, las gestantes extranjeras comienzan el control prenatal varias semanas después que las chilenas y, en muchos casos, no alcanzan la frecuencia mínima recomendada de consultas. Esa captación tardía se convierte en un riesgo en sí misma, pues restringe la posibilidad de diagnosticar a tiempo trastornos hipertensivos, infecciones o déficits nutricionales y, en consecuencia, incrementa la probabilidad de complicaciones puerperales y de resultados neonatales adversos, como bajo peso al nacer o

prematuridad eventualidad que el propio artículo sugiere como plausible pese a los buenos indicadores perinatales observados en el hospital de referencia.

En síntesis, la falta de control prenatal en mujeres migrantes obedece a un círculo de vulnerabilidad social, barreras estructurales y miedo a la estigmatización que posterga la atención y expone a madre e hijo a riesgos evitables. El estudio subraya la necesidad de políticas que combatan la discriminación, faciliten el acceso temprano y garanticen un seguimiento continuo, independientemente del estatus migratorio, para quebrar la cadena de desigualdades que se materializa desde el inicio de la gestación.

Según el estudio realizado por Guamán y Reyes (2023), entre las gestantes migrantes sin control prenatal, la vulnerabilidad social y la desinformación se entrelazan: seis de cada diez mujeres declaran no conocer la utilidad de las consultas y comienza el seguimiento después de la semana 12, y apenas una de cada cuatro logra los cinco o seis controles mínimos recomendados. Esta captación tardía multiplica los riesgos clínicos, reflejados en tasas elevadas de infección urinaria (23,3 %), abortos (18 %), anemia (17,3 %) e hipertensión gestacional (12 %), complicaciones que la literatura vincula con mayor prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino. La falta de seguro, los ingresos inestables y el temor al maltrato institucional perpetúan la ausencia de seguimiento, de modo que los factores sociales y sanitarios convergen para exponer a madre e hijo a desenlaces adversos que podrían prevenirse con una atención intercultural temprana y sin barreras administrativas.

El artículo de Caballero y Pérez (2024) reconoce que, cuando una gestante es extranjera y no logra incorporarse al control prenatal, confluyen varios factores de riesgo que se potencian entre sí. La autora y el autor señalan que en los países de altos ingresos persisten brechas socioeconómicas que mantienen a las migrantes en situación de pobreza relativa, lo que retrasa su primera consulta; en las economías en transición se suman barreras culturales incluidas el idioma y las creencias sobre la maternidad que dificultan la adherencia al seguimiento; y en los entornos de bajos ingresos la precariedad de la infraestructura sanitaria, la distancia geográfica y la informalidad laboral agravan la exclusión del sistema de salud. Todo ello genera un círculo de vulnerabilidad que aumenta la morbilidad materna extrema y la muerte perinatal, porque las mujeres llegan tarde o nunca a las consultas y pierden las oportunidades de prevención más costo-efectivas.

El trabajo de Mejía (2022) describe que la condición migratoria irregular, la pobreza y la discriminación sanitaria empujan a las gestantes venezolanas en Bogotá a postergar o evitar el control prenatal; esta ausencia de seguimiento se exagera por largas jornadas de trabajo informal, desconocimiento de sus derechos reproductivos y temor a la xenofobia institucional, lo que las lleva a recurrir a prácticas informales como infusiones para interrumpir el embarazo y a depender de atención de urgencia cuando ya existen complicaciones; en consecuencia, aumentan la exposición a infecciones de transmisión sexual, hipertensión gestacional, anemia y violencia de género, configurando un escenario de riesgo que eleva la morbilidad materna y perinatal prevenible.

La metasíntesis elaborada por Jaimes (2021) permite ver que, cuando la gestante migrante permanece fuera del control prenatal, se configura un entramado de riesgos que nace en la esfera social y termina en desenlaces obstétricos adversos. En el nivel estructural, la irregularidad migratoria, la pobreza y el empleo informal generan jornadas extensas y temores vinculados a la deportación o al maltrato institucional; estos factores disuaden la búsqueda oportuna de atención sanitaria. A ello se suma la falta de información y las barreras idiomáticas que vuelven confuso un sistema de salud que exige trámites desconocidos y costosos, lo que limita el autocuidado y perpetúa la exclusión sanitaria.

Consecuentemente, la captación tardía o inexistente se asocia a hipertensión gestacional, infecciones, anemia y desnutrición, circunstancias que elevan el riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal. La autora concluye que la interacción entre vulnerabilidad socioeconómica y fallas sistémicas de los servicios de salud mantiene a madre e hijo en un círculo de peligro evitable y subraya la urgencia de eliminar las barreras administrativas e institucionales para ofrecer un control prenatal temprano, continuo y humanizado.

Según el estudio de Butrón y Sotelo (2022), entre las gestantes venezolanas recién llegadas a Lima, la investigación revela que seis de cada diez realizan cinco o menos controles prenatales y que una minoría (5,9 %) nunca acude, lo que impide detectar a tiempo trastornos maternos y fetales. Al mismo tiempo, la edad de debut sexual es temprana 41,2 % inicia relaciones a los 16 años o antes mientras que una de cada nueve no completa la secundaria y más de la mitad carece

de métodos anticonceptivos, factores que limitan la autonomía reproductiva y dificultan la identificación de signos de alarma.

Esta falta de prevención se refleja en una prevalencia de sífilis del 70,6 % y coinfecciones que combinan hepatitis B y sífilis (5,9 %), panorama que agrava el riesgo obstétrico. Aunque las encuestadas no reportan violencia doméstica, el estudio advierte posible subregistro por miedo o desconfianza en las instituciones. En conjunto, el acceso prenatal insuficiente, el inicio sexual precoz, la educación inconclusa y la escasa cobertura anticonceptiva configuran un entramado de vulnerabilidad que expone a madre e hijo a complicaciones prevenibles y subraya la urgencia de eliminar barreras administrativas y ofrecer información intercultural temprana.

5.2. Identificación de indicadores de mortalidad materno infantil que se presentan en mujeres embarazadas sin control prenatal

Gómez y Guardo (2023), indican que la ausencia de control prenatal genera un círculo de riesgo en el que las gestantes demoran en promedio 5,6 días en buscar atención y otros 4,2 días en ser hospitalizadas; esta dilación, unida a la falta de aseguramiento (10,3 % sin cobertura y 73,9 % en régimen subsidiado) y al estatus migratorio irregular que duplica la probabilidad de morir por causas maternas (OR = 2,02) propicia que sepsis puerperal, complicaciones hipertensivas y paro cardíaco se conviertan en las principales causas de muerte, sobre todo en el puerperio. La inequidad se acentúa entre mujeres indígenas (48,2 %) y residentes rurales dispersas (34 %), quienes llegan tarde a los servicios por barreras geográficas y culturales, lo que eleva la mortalidad materno-infantil y subraya la necesidad de captación temprana y vigilancia posparto continua.

El estudio de Fernández (2020) demuestra que la falta de un control prenatal adecuado presente en 69,77 % de las gestantes extranjeras duplica la probabilidad de bajo peso al nacer (OR = 2,0), un marcador bien establecido de morbilidad neonatal; además, esa misma ausencia de seguimiento se asocia a una prevalencia igualmente alta de hipertensión gestacional (69,77 % frente a 11,21 % en peruanas), a una incidencia de parto pretérmino del 23,26 % y a una cascada de complicaciones neonatales que incluyen restricción del crecimiento intrauterino e infecciones, configurando un conjunto de indicadores que incrementa la mortalidad materna e infantil y subraya la urgencia de garantizar captación temprana y continua para las mujeres migrantes.

Por otra parte, Calle et al. (2022), demuestran que la falta de seguimiento prenatal se traduce en una mortalidad perinatal del 17,2 %, cuatro veces mayor que entre las gestantes con control adecuado; este exceso coincide con una mediana de un solo control frente a seis en las colombianas y con la aparición de complicaciones graves desde la semana 29, cuando aún faltan once semanas para el término del embarazo. La vulnerabilidad se intensifica porque el 79,3 % de las migrantes carece de seguro de salud y depende de la atención de urgencias, mientras la hipertensión arterial y la hemorragia obstétrica severa se convierten en las principales causas de morbilidad materna extrema.

Estas emergencias obligan a intervenciones quirúrgicas que, aunque evitan muertes maternas, exponen a las mujeres a disfunción orgánica y a los recién nacidos a prematuridad y asfixia, revelando un perfil de *near-miss* que actúa como antesala de desenlaces fatales. En conjunto, el escaso número de controles, la detección tardía de complicaciones y la ausencia de

aseguramiento conforman indicadores convergentes de mortalidad materno-infantil, cuya identificación temprana permitiría movilizar recursos preventivos hacia las gestantes más desprotegidas.

Ortiz et al. (2019), advierten que, cuando la gestante migrante posterga el control prenatal por temor a la discriminación y por barreras idiomáticas, se instala una demora diagnóstica que actúa como indicador temprano de mortalidad materno-infantil: la mujer llega tarde a la primera consulta, los signos de alarma pasan inadvertidos y el parto puede ocurrir sin supervisión médica, lo que eleva el riesgo de complicaciones prevenibles y de muertes perinatales que, a menudo, quedan fuera de las estadísticas oficiales.

El estudio de Guamán y Reyes (2023) muestra que la ausencia de control prenatal se evidencia desde la desinformación: seis de cada diez gestantes extranjeras desconocen los peligros de omitir las consultas. Este vacío informativo se traduce en un ingreso tardío al sistema el 59,4 % inicia el seguimiento después de la semana 12 y en una cobertura insuficiente, pues solo una de cada cuatro completa las visitas mínimas mientras 38,3 % acude a cuatro o menos controles. La captación deficiente desencadena complicaciones concretas como infecciones urinarias (23,3 %), abortos (18 %), anemia (17,3 %) e hipertensión gestacional (12 %), todas ligadas a sepsis, hemorragia, prematuridad y bajo peso al nacer. La propia discusión subraya que incorporarse después del primer trimestre y asistir a menos de seis consultas eleva dramáticamente la mortalidad materna y neonatal, consolidando así la falta de seguimiento como un indicador temprano de desenlaces fatales.

5.3. Relación de factores de riesgo identificados con los indicadores de mortalidad materno infantil

Gómez y Navarro (2023) describen que la mortalidad materna en La Guajira se precipita cuando la gestante demora más de cinco días en buscar ayuda y carece de aseguramiento, combinación que duplica el riesgo de muerte entre mujeres migrantes; la sepsis puerperal y las complicaciones hipertensivas dominan los cuadros letales, lo que evidencia cómo la falta de control prenatal temprano desata una cascada de demoras diagnósticas y terapéuticas que el sistema sanitario no alcanza a revertir.

Fernández (2020) demuestra que asistir a seis o menos controles duplica la probabilidad de bajo peso al nacer y se acompaña de tasas elevadas de hipertensión gestacional y prematuridad, de modo que la ausencia de vigilancia sistemática no solo compromete la salud materna, sino que instala predictores tempranos de morbilidad neonatal que difícilmente se corrigen en etapas tardías del embarazo.

Calle et al. (2022) hallan que las gestantes venezolanas con una mediana de un solo control prenatal cuadruplican la mortalidad perinatal respecto de las colombianas; la hipertensión y la hemorragia obstétrica severa aparecen con mayor frecuencia y se detectan tarde, configurando un perfil de *near-miss* materno que alerta sobre la fragilidad de un seguimiento limitado a la atención de urgencias.

Ortiz et al. (2019) señalan que el temor a la discriminación y las barreras idiomáticas retrasan la primera consulta prenatal de las migrantes en Chile, lo que invisibiliza muertes maternas y

perinatales en los registros oficiales; aunque se observa un “efecto inmigrante sano” en ciertos indicadores, la demora diagnóstica sigue siendo un marcador crítico que perpetúa inequidades en salud reproductiva.

Y, por último, Guamán y Reyes (2023) muestran que el 59 % de las gestantes inicia el control prenatal después de la semana 12 y que solo una de cada cuatro completa las visitas mínimas; esta cobertura deficiente se asocia a infecciones urinarias, abortos, anemia e hipertensión, patologías que alimentan los circuitos de sepsis, hemorragia y prematuridad responsables de la mortalidad materno-infantil evitable.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

- Las gestantes migrantes afrontan un entramado de riesgos que combina carencias clínicas y exclusión social: cobertura prenatal insuficiente (0-6 controles), hipertensión gestacional, sobrepeso u obesidad, prematuridad y mayor frecuencia de cesáreas.
- El retraso en la búsqueda de atención —favorecido por residencia rural dispersa y falta de seguro— duplica el riesgo de muerte materna.
- Factores como la precariedad laboral, la discriminación y el desconocimiento de derechos desmotivan la primera consulta y perpetúan la baja adherencia al control prenatal.
- La conjunción de control tardío, vulnerabilidad socioeconómica, barreras culturales e historial de comorbilidades deja a madre e hijo en desventaja desde las primeras semanas de gestación.
- La demora diagnóstica, la carencia de aseguramiento y la captación hospitalaria tardía activan indicadores críticos de mortalidad: sepsis puerperal, hemorragia y paro cardíaco; bajo peso al nacer, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino, con mortalidad perinatal cuatro veces superior y perfiles near-miss maternos.
- Registros de ≤ 4 consultas se asocian a infecciones urinarias, abortos y anemia, que convergen en sepsis, hemorragia y prematuridad.
- Temor a la discriminación y barreras idiomáticas generan partos sin supervisión médica fuera de la estadística oficial, elevando la letalidad neonatal.
- Existe una relación directa y multiplicativa entre cada factor de riesgo social o clínico detectado en ausencia de control prenatal —migración irregular, pobreza, hipertensión, infecciones, obesidad— y el aumento de uno o varios indicadores de mortalidad.

- La combinación de demora > 5 días para solicitar ayuda y falta de seguro duplica la muerte materna por sepsis o crisis hipertensiva (Gómez & Navarro, 2023).
- Asistir a ≤ 6 controles se vinculan con bajo peso al nacer y prematuridad; un solo control, sumado a hemorragia severa e hipertensión, cuadruplica la mortalidad perinatal y anticipa desenlaces near-miss.
- El retraso motivado por discriminación institucional oculta defunciones materno-infantiles y perpetúa la inequidad, mientras la desinformación y la cobertura precaria alimentan ciclos de sepsis, abortos e hipertensión.
- En síntesis, los factores de riesgo no controlados se reflejan consistentemente en los indicadores de mortalidad materno-infantil, lo que evidencia la urgencia de intervenciones integrales que aborden de manera simultánea las dimensiones clínica y social.

6.2 RECOMENDACIONES

- Estudios longitudinales multicéntricos: Seguir a las gestantes migrantes desde el primer trimestre hasta el posparto para medir cómo la combinación de hipertensión, sobrepeso, infecciones y pobreza modifica la evolución clínica y los desenlaces neonatales, desagregando el aporte de cada factor e identificando interacciones.
- Ensayos controlados de intervenciones comunitarias: Evaluar, mediante diseños aleatorizados, programas con promotoras de salud, telemonitoreo móvil o pólizas de microseguro para determinar su efectividad en reducir barreras culturales y económicas, acortar la demora diagnóstica y disminuir los casos near-miss maternos.
- Investigaciones cualitativas participativas con enfoque intercultural: Explorar el impacto del miedo, la discriminación y la desinformación en la decisión de acudir al control

prenatal, a fin de comprender las causas profundas de los partos sin supervisión que no figuran en los registros oficiales.

- Sistemas de vigilancia perinatal unificados: Integrar datos clínicos con variables sociales (estatus migratorio, residencia rural, aseguramiento) para identificar en tiempo real los focos de mortalidad y orientar recursos hacia las zonas de mayor vulnerabilidad.
- Comparaciones internacionales por nivel de ingreso: Analizar cómo la infraestructura sanitaria y las políticas de regularización migratoria influyen en la relación entre control prenatal y mortalidad, proporcionando evidencia para diseñar estrategias regionales que aborden de forma conjunta las dimensiones clínica y social del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acción Contra El Hambre. (2022). *¿Cuál es la diferencia entre pobreza y exclusión social?* Acción Contra El Hambre. <https://accioncontraelhambre.org/es/actualidad/cuales-la-diferencia-pobreza-exclusion-social>
2. Apaza Lazarinos, D. (2021). Características socioculturales como factores de riesgo del control prenatal reenforcado tardío. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/67452>
3. Argentina.gob.ar. (s.f.). *¿Qué son los controles parentales y para qué sirven?* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/convosenlaweb/situaciones/controles-parentales>
4. Azaña, S., Oviedo, O., & Xinxin, L. (2022). *¿Cuáles son las complicaciones del embarazo más comunes? Reproducción Asistida ORG.* <https://www.reproduccionasistida.org/complicaciones-durante-el-embarazo/>
5. Barrantes, P. G. (2022). Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020 según ENDES. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5089>
6. Basak Baksu. (2024). *¿Qué es el embarazo de alto riesgo?* Basak Baksu. <https://basakbaksu.com.tr/en/Birth-planning-in-high-risk-pregnancy/>
7. Bastías, R., & Mira, A. (2021). *Maternidad, migración y prematuridad: experiencias en una unidad de neonatología.* Scielo. <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/KZXZkd9s6W8bQwbrnGQNQ8b/?lang=es&format=pdf>

8. Belluz, J. (2018). *Las madres inmigrantes han tenido más bebés prematuros desde que Trump fue elegido*. Vox. <https://www.vox.com/science-and-health/2018/10/16/17979996/immigrant-mothers-preterm-babies-trump>
9. Bouilly, R., Gatica, G., Mesenburg, M., Cáceres, F., Leventhal, D., Barro, J., Victora, C., & Wehrmeister, F. (2021). Desigualdades en la salud materno-infantil de los migrantes: el caso de Haití y la República Dominicana. Iris Paho. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54757?locale-attribute=es>
10. Butron, D., & Sotelo, F. (2022). Factores de riesgo e infecciones de transmisión sexual en embarazadas atendidas en un hospital nivel III del distrito de San Martín de Porres en los años 2018 y 2019. Repositorio. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13296>
11. Cabieses, B., & Oyarte, M. (2020). Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. Revista de Saúde Pública. http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-54-20/1518-8787-rsp-54-20-es.x34413.pdf
12. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2022). Protocolo de atención clínica integral al embarazo, parto y postparto. <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-postparto-2.pdf>
13. Caja de Seguro Social. (2020). *Conoce sobre el control prenatal y su importancia*. Vive Saludable. <https://vivesaludable.css.gob.pa/2020/09/17/conoce-sobre-el-control-prenatal-y-su-importancia/>

14. Calle, A., Ramírez, B., & Quirós, O. (2022). Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. Scielo. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000100004
15. Carballo, S., & Pérez, J. (2024). BARRERAS Y FACILITADORES ASOCIADOS AL ACCESO A CUIDADOS PRENATALES EN DIVERSOS PAÍSES POR NIVELES DE DESARROLLO. Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/4dfed93d-3363-4463-89bf-b55ea0e31f80/content>
16. Carlson, L., & Vora, N. (2017). *Diagnóstico prenatal*. National Library of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5548328/>
17. Colima. (2023). *Salud Colima: patologías preexistentes pueden complicar el embarazo*. Colima. <https://saludcolima.gob.mx/noticia.php?id=7556#:~:text=Las%20afecciones%20que%20pueden%20aumentar,con%20un%20buen%20cuidado%20prenatal>.
18. Comunitario. (2022). *¿Cómo se relacionan la exclusión social y la pobreza?* Comunitario. <https://comunitaria.com/como-se-relacionan-la-exclusion-social-y-la-pobreza/>
19. Dulay, A. (2024). *Maternal Mortality and Perinatal Mortality*. MSDS Manuals. <https://www.msmanuals.com/home/women-s-health-issues/complications-of-pregnancy/maternal-mortality-and-perinatal-mortality>
20. Dungan, J. (2024). *Pruebas prenatales para detectar trastornos genéticos y defectos congénitos*. MSD Manuals. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud->

femenina/detecci%C3%B3n-de-trastornos-gen%C3%A9ticos-antes-y-durante-el-embarazo/pruebas-prenatales-para-detectar-trastornos-gen%C3%A9ticos-y-defectos-cong%C3%A9nitos

21. Escamilla, M., Jiménez, J., Jiménez, A., & Monroy, V. (2019). Factores de riesgo asociados a la salud de las embarazadas migrantes Venezolanas y su desenlace perinatal ; en la clínica Rafael Calvo de Cartagena - Colombia entre 01 de junio a 31 de septiembre de 2018. Universidad Cartagena. <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/1450>
22. Fernández, W. (2020). Prevalencia y comparación de los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de gestantes extranjeras y peruanas en el Hospital III Goyeneche, 2019. Universidad Católica de Sants María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/dc604e0f-f8dd-463f-a1c0-60700958622c>
23. GCFGlobal. (s.f.). Seguridad en internet: ¿Qué es el control parental? Recuperado de <https://edu.gcfglobal.org/es/seguridad-en-internet/que-es-el-control-parental/1/>
24. Gobierno de México. (2024). *Inadecuada alimentación en el embarazo puede ocasionar diabetes gestacional, preeclamsia y complicaciones durante el parto: INSP*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/296-inadecuada-alimentacion-en-el-embarazo-puede-ocasionar-diabetes-gestacional-preeclamsia-y-complicaciones-durante-el-parto-insp#:~:text=296.,Salud%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>
25. Gómez, I., & Guardo, J. (2023). CORRELACION DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA DURANTE LOS AÑOS 2017– 2021. Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Enfermería.

<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/28d908c1-60c4-43c0-bf09-609450b3b2ae/content>

26. González, M., & Ortega, Á. (2016). Estudio cualitativo de los factores relacionados con un control inadecuado del embarazo en mujeres inmigrantes y autóctonas en Huelva. Universidad de Huelva. <https://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/12505>
27. González, R. (2024). Factores socioeconómicos que influyen en el acceso a la educación superior en la zona rural del cantón Salitre (Guayas, Ecuador). Scielo. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00632024000200144
28. Greo. (2019). *Factores biológicos*. Greo. [https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/GREO%20\(2019\)%20Biological%20Factors%20Summary%20-%20Spanish.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/GREO%20(2019)%20Biological%20Factors%20Summary%20-%20Spanish.pdf)
29. Guamán, K. B. V., & Rueda, E. Y. R. (2023). Factores que influyen en el Control Prenatal. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(8), 448-462. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152340>
30. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
31. Herrera, A. (2021). BARRERAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN DE LA GESTANTE INMIGRANTE EN EL CONTROL PRENATAL, QUE CONLLEVAN A UN PARTO NO INSTITUCIONAL, BAJO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER. Universidad de Pamplona. http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/7107/1/Herrera_2021_TG.pdf

32. Higginbottom, G., Safipur, J., Mumtaz, Z., Chiu, Y., Paton, P., & Pillay, J. (2013). *“Tengo que hacer lo que creo”*: creencias de las mujeres sudanesas y resistencia a las prácticas hegemónicas en el hogar y durante las experiencias de atención de maternidad en Canadá. BMC. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-51>
33. Hunter, J., & Rother, H. (2017). *Un estudio cualitativo sobre las barreras lingüísticas entre los proveedores de atención sanitaria sudafricanos y los migrantes transfronterizos*. BMC. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2042-5>
34. Instituto Andaluz de la Mujer. (2024). *Salud con enfoque de género: Sesgos de género y determinantes de Salud*. Instituto Andaluz de la Mujer. https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/factors_bio.html
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. https://admin.inec.cr/sites/default/files/2023-01/replacdefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evoluci%C3%B3n%20reciente.pdf
36. Instituto Nacional del Cáncer. (2024). *Nivel socioeconómico*. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nivel-socioeconomico>

37. Jaimes, A. (2021). Experiencias y vivencias de las madres migrantes que reciben atención en salud materna metasíntesis cualitativa. Universidad Francisco de Paula Santander. <https://repositorio.ufps.edu.co/handle/ufps/7738>
38. Jaimes, A. (2021). EXPERIENCIAS Y VIVENCIAS DE LAS MADRES MIGRANTES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN SALUD MATERNA METASÍNTESIS CUALITATIVA. Universidad Francisco de Paula Santander. <https://repositorio.ufps.edu.co/bitstream/handle/ufps/7738/1800840.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Martínez Laos, H. P. (2020). Control prenatal inadecuado asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero junio del 2019. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2965>
40. Mayo Clinic. (2024). *Embarazo de alto riesgo: infórmate sobre qué esperar*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/high-risk-pregnancy/art-20047012>
41. Maz, A. (2024). *Embarazo y migración*. Volvemos ORG. <https://volvemos.org/embarazo-migracion>
42. Mejía, D. (2022). Necesidades, barreras y facilitadores en salud sexual y salud reproductiva de mujeres migrantes venezolanas en una localidad de Bogotá DC - Colombia 2020-2021. Universidad de Los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/93a36da2-42dd-4e54-9712-e32d72ff3bee>
43. Mejía, J., Reyna, N., & Reyna, E. (2022). *Consumo de micronutrientes durante el embarazo y la lactancia*. Scielo.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000400004

44. Ministerio de Salud. (2023). *Salud firmó Reglamento para defensa y garantía de derechos de las mujeres embarazadas y de la persona recién nacida*. Ministerio de Salud. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1634-salud-firmo-reglamento-para-defensa-y-garantia-de-derechos-de-las-mujeres-embarzadas-y-de-la-persona-recien-nacida>
45. Mora-Rivera, W. (2022). La salud como representación social: el fenómeno de la salud dentro de la cotidianidad de las personas migrantes nicaragüenses en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2). Doi: 10.15517/psm.v0i19.46309 <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v19n2/1659-0201-psm-19-02-00001.pdf>
46. Nguyen, L., & Ben.Joseph, E. (2023). *Atención médica durante el embarazo*. Nemours Kids Health. <https://kidshealth.org/es/parents/medical-care-pregnancy.html>
47. Olajide, B., Van Der Pligt, P., & McKay, F. (2024). *Prácticas alimentarias culturales y fuentes de información nutricional entre mujeres migrantes embarazadas y en posparto de países de ingresos bajos y medios que residen en países de ingresos altos: una revisión sistemática*. National Library of Medicine. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11081330/>
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Embarazo y salud materna. Recuperado de <https://www.who.int>
49. Organización Mundial de la Salud. (2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Organización

- Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
50. Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud materno-infantil. Recuperado de <https://www.who.int>
51. Organización Mundial de la Salud. (2020). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Recuperado de <https://www.who.int/es>
52. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
53. Organización Panamericana de la Salud. (2023). 152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>
54. Ortiz, J., Quiroz, J., Díaz, M., Binfá, L., & Araya, M. (2019). Migración y Discriminación: Situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile. Universidad de Chile. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/199/181>
55. Primera, M. (2025). *El miedo a ir al médico se extiende entre los migrantes de Texas*. El País. <https://elpais.com/us/2025-02-04/el-miedo-a-ir-al-medico-se-extiende-entre-los-migrantes-de-texas.html>
56. Ramírez, A., López, C., Chávez, J., Prado, M., & López, D. (2017). Determinantes y condicionantes de la salud relacionados con los casos de mortalidad materna. Universidad de San Carlos de Guatemala. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2017/071.pdf>

57. Rivera, S. (2017). *Ligan el miedo de la deportación a las tasas altas de niños que nacen prematuros*. Los Ángeles Times. <https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2017-06-28/hoyla-loc-ligan-el-miedo-de-la-deportacion-a-las-tasas-altas-de-ninos-que-nacen-prematuros-20170628>
58. Ruiz, A. M. B., & García, M. Y. (2020). Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 4(7), 74-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407733>
59. Sánchez, K., Valderas, J., Messenger, K., Sánchez, C., & Barrera, F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200278
60. Think Phu, M. (2022). ¿Qué significa que un embarazo es de "alto riesgo"? Nemours Kids Health. <https://kidshealth.org/es/parents/high-risk.html>
61. Tumas, N., Godoy, A., Peresini, V., Peisino, M., Boldrini, G., Vaggione, G., & Acevedo, G. (2022). El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012022000100224
62. UNFPA Costa Rica. (2023, marzo). Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: Organismos de la ONU. <https://costarica.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto-organismos-de-las-2>
63. UNFPA. (2023). *Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas*. UNFPA.

<https://costarica.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto-organismos-de-las-2>

64. UNICEF Costa Rica. (2021). Estado de la niñez y la adolescencia migrante: Derechos y desarrollo humano de niños, niñas y adolescentes nicaragüenses en Costa Rica.

<https://www.unicef.org/costarica/media/636/file/Estado%20de%20la%20Ni%C3%B1ez%20y%20la%20Adolescencia%20Migrante.%20Derechos%20y%20desarrollo%20humano%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20nicarag%C3%BCenses%20en%20Costa%20Rica.pdf>

65. UNICEF Costa Rica. (2024). Más de 5 mil personas migrantes en tránsito y solicitantes de refugio recibieron atención en salud en frontera sur.

<https://www.unicef.org/costarica/comunicados-prensa/m%C3%A1s-de-5-mil-personas-migrantes-en-tr%C3%A1nsito-y-solicitantes-de-refugio-recibieron>

66. Universidad Anáhuac. (s.f.). Diseño de Investigación.

<https://www.anahuac.mx/mexico/biblioteca/sites/default/files/inline-files/disenodeinvestigaagos19.pdf?>

67. Vivanco, K., & Reyes, E. (2023). Factores que influyen en el Control Prenatal. Polo del Conocimiento.

<file:///C:/Users/rojaswan/Downloads/Dialnet-FactoresQueInfluyenEnElControlPrenatal-9152340.pdf>

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

COVID-19: *Coronavirus Disease 2019* (Enfermedad por Coronavirus 2019).

Es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

EMISUR: Equipo de Monitoreo Interagencial para el Sur

OMS: Organización Mundial de la Salud. Agencia de la ONU especializada en salud pública internacional.

OPS: Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional para las Américas de la OMS.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas (anteriormente *United Nations Fund for Population Activities*). Agencia de la ONU para la salud sexual y reproductiva.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (*United Nations International Children's Emergency Fund*). Agencia de la ONU que promueve los derechos y el bienestar de los niños.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana. Virus que ataca el sistema inmunológico y puede causar el SIDA si no se trata.

ANEXOS

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo INDIRA VANESSA ALVAREZ CANALES, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 5-0420-0842 egresado de la carrera de MEDICINA Y CIRUGÍA de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EMBARAZADAS EXTRANJERAS SIN CONTROL PRENATAL RELACIONADOS CON LOS INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL 2015-2025

_____ es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los DIEZ días del mes de JUNIO del año dos mil VEINTICINCO.



Firma del estudiante

Cédula: 5-0420-0842

CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DEL LECTOR

San José, Costa Rica

23 de junio 2025

Señores: Departamento de Servicios estudiantiles

Universidad Hispanoamericana

Estimados miembros del Departamento de Servicios estudiantiles:

Es un honor para mí dirigirme a ustedes para expresar mi opinión como lectora de la tesis titulada **“FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EMBARAZADAS EXTRANJERAS SIN CONTROL PRENATAL RELACIONADOS CON LOS INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL 2015 AL 2025”** presentada por **INDIRA VANESSA ÁLVAREZ CANALES**, en el marco de Licenciatura en Medicina y Cirugía

Tras una revisión cuidadosa del trabajo, puedo destacar que la tesis presenta un enfoque claro y bien fundamentado, demostrando conocimiento del tema y una adecuada aplicación de metodologías pertinentes.

Asimismo, considero que el trabajo cumple con los requisitos académicos y éticos necesarios, y que su contenido puede contribuir significativamente a la comunidad académica y profesional. La estructura del documento es coherente, y la argumentación está respaldada por una adecuada revisión bibliográfica y datos sólidos.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública

Atentamente;

Dra. Mariela Barahona Villalobos

Céd. 207310810

CARTA DEL TUTOR

San José, 9 de junio del 2025

Señores
Servicios estudiantiles
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante **INDIRA ÁLVAREZ CANALES**, cédula de identidad número 5-0420-0842, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EMBARAZADAS EXTRANJERAS SIN CONTROL PRENATAL RELACIONADOS CON LOS INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNO INFANTIL, REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL 2015 AL 2025" cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,



Dra. Verónica Castro Hidalgo
Cod. 18015
1 1774 0263



**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 08 de Julio.

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Indira Vanessa Álvarez Canales, con número de identificación 504200842, autor (a) del trabajo de graduación titulado Factores de Riesgo en Mujeres Embarazadas Extranjeras sin Control Prenatal Relacionados con los Indicadores de Mortalidad Materno Infantil, Revisión Sistemática del 2015 al 2025, presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía, SÍ / NO autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

Indira Vanessa Álvarez Canales
504200842



**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA, O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.