

Percepción de la calidad de la atención prenatal en los servicios públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires

Por Natalia Jorgensen



Economista (UNMDP)
Mg en Economía (UdeSA)
Mg. en Economía Industrial
(Universidad Carlos III) Madrid
Docente e Investigadora
(Universidad ISALUD)

El presente trabajo reutiliza parcialmente las bases de datos generadas para el proyecto “Recursos Humanos y calidad de la atención prenatal en el Área Metropolitana de Buenos Aires, realizado en 2011, coordinado por Mariela Rossen (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Bs. As.) y Martín Langsam (Universidad ISALUD). El mismo contó con la colaboración de Carlos Niccolini (Defensoría del Pueblo de la C.A.B.A.) y fue financiado por ambas defensorías.

1. Introducción

En el año 2011, a partir de un convenio de cooperación entre la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, la de la Ciudad de Buenos Aires y la Universidad ISALUD, se realizó un proyecto de investigación titulado “Recursos Humanos y calidad de la atención prenatal en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. Este proyecto, cuyo objetivo fue el estudio de la relación entre las principales características del contexto de trabajo de los equipos de salud que realizan la atención prenatal en el AMBA¹ y la calidad de la atención brindada, complementó estudios anteriores realizados entre 2008 y 2009² en los que se identificaron a los principales corredores sanitarios desde el conurbano hacia la Ciudad de Buenos Aires y sus primordiales motivos, a la vez que indagaron en actores claves del área de la salud del AMBA, sus perspectivas y prioridades para alcanzar un trabajo en red en el ámbito de la salud materno infantil.

Según el Informe sobre la salud del mundo del año 2005 tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el posparto (OMS, 2005). Según el mismo informe, casi 11 millones de menores de 5 años y medio millón de madres fallecen por causas en gran medida prevenibles. Las causas son multifactoriales, los condicionantes sociales, económicos y culturales, como también las características ambientales afectan, en última instancia determinan, el estado de salud. A esto muchas veces se le suman inequidades relacionadas con los servicios de

¹ Esta región está conformada por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires. En este informe nos referiremos a toda esta región como AMBA y como conurbano a los 24 partidos del Gran Buenos Aires.

² Pertino Inés-Rossen, Mariela: Los caminos de la salud. Serie Políticas Públicas y Derechos. Cuaderno N° 8. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Bs. As. Año 2008, N° 9, 2008 y N° 10, 2009.

atención que, lejos de compensar las desigualdades sociales, las reproducen.

En el año 2011 la tasa de mortalidad materna (TMM) en los 24 municipios que conforman el conurbano bonaerense fue de 3,4 cada 10.000 nacidos vivos en comparación con la tasa del 1,3 por 10.000 nacidos vivos observada en la Capital Federal (CABA) y por debajo del 4 por 10.000 nacidos vivos que arroja el promedio nacional (DEIS,2011). En cuanto a la tasa de mortalidad infantil (TMI), los partidos que componen el aglomerado del Gran Buenos Aires registraron en 2011 una tasa del 12,2 por 1000 nacidos vivos, medio punto por encima de la media nacional registrada para dicho período (11,7 ‰) y casi 3 puntos por encima de la tasa de mortalidad infantil registrada para la CABA (8,8‰).

Los conocimientos médicos para responder a los problemas de la salud materno-infantil son, en gran medida, conocidos y han permitido reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en todo el mundo de manera considerable. Sin embargo, se observa que en algunos segmentos poblacionales, las tasas de prematuridad y de mortalidad perinatal han disminuido en menor proporción que en otros. En este marco, la importancia de los cuidados prenatales y durante el parto y la calidad de los servicios que los brindan, se constituyen en algo relevante.

Si bien los cuidados prenatales permiten detectar y tratar afecciones crónicas (anemia, diabetes, hipertensión) se han planteado dudas sobre su utilidad para reducir las urgencias obstétricas y la morbilidad perinatal dada por el bajo peso al nacer, por prematuridad o por retardo del crecimiento fetal (Chalmers I,1989 bis; Rooney C, 1992; Fiscella K,1995). Aún así no cabe duda de su importancia sobre todo en aquellos segmentos de la población más vulnerable, en los cuales la atención del embarazo cumple un rol de “soporte social” que va más allá de lo estrictamente sanitario. “En la Argentina, muchas mujeres, especialmente las adolescentes, ciertas minorías y mujeres de condición socioeconómica baja, reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal” (MSAL, 2001).

En este contexto, es imprescindible seguir reforzando el diseño e implementación de políticas públicas que apunten a la equidad desde una perspectiva de derechos y que en el área de la salud particularmente, contemplen que los servicios de atención no reproduzcan las inequidades que se presentan en otros campos, sino más bien que tiendan a compensarlas facilitando el acceso y mejorando la calidad. El análisis es complejo debido a sus múltiples dimensiones y, para su abordaje, es necesario limitar su alcance. De esta forma, el presente trabajo toma parte de la información obtenida en el mencionado estudio para continuar esta línea, centrando el análisis en la calidad de atención percibida por las usuarias de servicios materno infantiles en hospitales y centros de atención primaria del AMBA.

2. Antecedentes

En las últimas décadas ha habido una significativa reducción de la morbilidad perinatal y un incremento sostenido de la expectativa de vida. Sin embargo, se observa que en algunos segmentos poblacionales, las tasas de prematuridad y de mortalidad perinatal han disminuido en menor proporción que en otros.

Ha sido ampliamente documentado que las inequidades en salud se establecen incluso antes del nacimiento, durante el período gestacional y que, en muchos casos, su atención y control excede el ámbito de la asistencia sanitaria entendida de manera estricta. En general, se relaciona la atención prenatal adecuada con el valor preventivo que tiene sobre las complicaciones del embarazo y del parto (Greco, 2005; Goldstein Sandoval et al, 2001; Pavón et al, 2003; Ortiz, 2001). Varios autores han encontrado una asociación significativa entre el bajo peso al nacer, la amenaza de parto pretermino y/o la presencia de enfermedades infecciosas en el embarazo con el control prenatal inadecuado (Ortiz, 2001; Cabrales Escobar et al, 2002; Matijasevich et al, 2004; Bolzan et al, 2000; Reyes-Gomez et al, 1999).

La atención prenatal no incluye únicamente que la futura madre se acerque al centro de atención, sino que comprende también el momento en el que se acerca (a tiempo o no), la calidad de atención recibida en cada control y la capacidad para evaluar una situación de riesgo por parte del personal que la atiende, entre otros factores (Chiara et al, 2007).

Otra línea de estudios ha analizado los factores que inciden en un control prenatal inadecuado. En la mayoría de las estas investigaciones el eje del análisis ha estado puesto en su relación con la calidad técnica de los servicios sanitarios y con las barreras de acceso a los servicios de atención sanitaria. Es generalmente aceptado que el acceso a los servicios de salud está condicionado por barreras de acceso con las que puede enfrentarse la futura madre para utilizarlos: económicas (falta de dinero para el transporte o para pagar los servicios), estructurales (falta de servicios de transporte o carreteras) o incluso culturales (roles tradicionales de género o la desvalorización por parte del equipo de las creencias de determinado grupo cultural). (Romero et al, 2010).

Los aspectos relacionados con la situación psicológica y socio-cultural de la atención prenatal adecuada han sido menos estudiados (Greco, 2005), pero no por ello son menos importantes. Las dificultades asociadas a su identificación y medición hacen que sean aspectos menos explorados. Al respecto, Greco enuncia que se mantienen abiertos algunos interrogantes sobre los aspectos subjetivos, psicológicos y socio-culturales presentes en las conductas prenatales inadecuadas y la medida en que estos factores se relacionan con la calidad de la atención.

Otro aspecto a considerar es la eventual correlación entre las conductas de atención prenatal de las mujeres y la percepción

de calidad en la atención sanitaria recibida. La definición de la variable calidad no es sencilla tanto por la dificultad y sesgos en su medición, como por las distintas dimensiones que la misma incluye. La calidad de la atención es un concepto dinámico y multidimensional (Ramos et al, 2002) cuya evaluación debe incluir tanto el componente técnico (solidez del equipo médico, la duración de la consulta, el tiempo de espera) como el componente ambiental (aspectos interpersonales durante la consulta, el trato y la información recibida).

Greco, a su vez, encuentra que en general los niveles de satisfacción declarados son elevados con respecto al trato y la información recibida. Como bien deja asentado la autora los resultados obtenidos respecto al grado de satisfacción pueden estar afectados por el denominado “sesgo de cortesía”, según el cual las entrevistadas solo dan las respuestas que consideran socialmente aceptables. Por otro lado, la inexistencia de una posición crítica por parte del paciente, en otras palabras una actitud pasiva de aceptación del paternalismo médico también puede inducir este resultado (Belmartino et al, 1996). Por último, la autora mencionada concluye que esta actitud escasamente crítica también puede tener origen o puede explicarse al menos parcialmente por un proceso de naturalización de las situaciones de carencia, las cuales, con el transcurso del tiempo se hacen cotidianas e invisibles (Greco, 2005).

En este marco, la importancia de los cuidados perinatales y la calidad de los servicios que los brindan, se constituyen en algo relevante. Durante los controles prenatales no sólo pueden detectarse patologías o complicaciones y otorgarse tratamientos oportunos y adecuados sino que también pueden detectarse factores de riesgo y abordarse estrategias de prevención (como por ejemplo de partos prematuros). Además, durante los controles se deben trabajar con la madre, pautas para el cuidado de su salud y las del bebé. Toda mujer embarazada tiene el derecho de recibir atención prenatal durante el embarazo, aun cuando no manifieste alguna condición de riesgo de sufrir una complicación obstétrica.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985, realizó una reunión en Fortaleza (Brasil), donde surgió una declaración denominada “El nacimiento no es una enfermedad”, que dio origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A esta le siguieron múltiples iniciativas para humanizar la atención en torno a la gestación, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, y para transformar las maternidades en instituciones centradas en la familia y no en el equipo de salud.

De la misma manera, el concepto de Maternidades Centradas en la Familia presupone un proceso de “empoderamiento” de la familia. También implica que el equipo de salud debe ceder su protagonismo y asumir que los miembros de la familia son fundamentales para el cuidado de la mujer y el recién nacido.

Muchas maternidades del mundo y de Argentina han iniciado actividades tendientes a transformarse en maternidades centradas en la familia. En Argentina, el Poder Ejecutivo de la Nación, “en pos de profundizar la búsqueda de la igualdad y la equidad en la atención del parto”, envió el proyecto de ley de “Parto Humanizado” al Congreso Nacional que fue aprobado en Agosto de 2004. Esta iniciativa consagra el derecho a que la futura madre pueda estar acompañada por la persona que ella designe, tanto durante el control prenatal, como en el trabajo de parto y en el momento del nacimiento. El mencionado contexto de atención perinatal respetuosa y de calidez, forma parte de los estándares de proceso de las actividades o intervenciones que se deben desarrollar dentro de la organización para el cuidado de la mujer en estado de embarazo, parto y/o puerperio.

3. Aspectos metodológicos

El estudio realizado en 2011 tuvo un carácter descriptivo, observacional y de corte transversal. Se llevó a cabo a partir de la realización de encuestas al recurso humano que realiza los controles prenatales en el sector público del AMBA, que apuntaron a identificar sus características comunes y no comunes comparándolas entre los distintos tipos de establecimientos y zonas del AMBA, además de su relación con variables de calidad detectadas a través de encuestas a usuarias.

El presente trabajo, tal como se mencionó, toma la información obtenida a partir de la realización de encuestas cerradas efectuadas a mujeres embarazadas al momento de salir del control prenatal en efectores del subsector público (hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud –CAPS-) del AMBA.

3.1 Criterios para la selección de la muestra de establecimientos

Se realizó un muestreo aleatorio de Hospitales y CAPS del Área Metropolitana de Buenos Aires, decidiendo de antemano tomar un total de 30 hospitales (23 del conurbano y 7 de la CABA) y al menos 70 CAPS (55 del conurbano y 15 de la CABA). La selección se realizó a partir de un muestreo de etapas múltiples de tal forma que se incluyeran en la muestra establecimientos de todas las categorías (hospitales provinciales, hospitales municipales y CAPS).

Para la selección de la muestra en el conurbano, se realizó un sorteo de los municipios que fueron primero ponderados por segmentos de tamaño de su población y luego por la cantidad de sus efectores. De los 10 municipios seleccionados se tomaron la totalidad de sus hospitales (provinciales y/o municipales) y de 6 de ellos (dos por cada zona del conurbano –Sur, Oeste y Norte) se tomaron sus CAPS para incluir a la muestra.

En la CABA se seleccionaron los 7 hospitales y los 15 CAPS³ que más consultas prenatales reciben anualmente. Se realizaron en total **1.210 encuestas a usuarias distribuidas entre 118 establecimientos** (28 hospitales y 90 CAPS). De los 30 hospitales seleccionados originalmente para la muestra (más dos de reposición), se pudieron realizar las encuestas en 28 de ellos, debido que en el resto no se efectuaban controles de embarazo. La totalidad de CAPS encuestados fue de 90, algo mayor a la muestra estipulada originalmente para poder alcanzar el total de encuestas requeridas en esta categoría. Para la selección de los CAPS, se estableció un tope de hasta 15 CAPS por municipio en el caso de que superaran esta cantidad, de la misma forma que se hizo en la CABA para sus CESAC, incluyéndose en la muestra a los que presentaban mayor cantidad de controles prenatales.

3.2 Características de la muestra

Se realizaron un total de 1210 encuestas a usuarias en hospitales y CAPS de los partidos de Avellaneda, CABA, Florencio Varela, Gral San Martín, Matanza, Lomas de Zamora, Moreno, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López. Las características socio-demográficas de la muestra se describen en la Tabla 1 y son presentadas por distrito. La razón de presentar esta desagregación es identificar las características promedio de la población que es atendida en cada área geográfica. La evidencia empírica muestra fuertes asociaciones entre el contexto, el control prenatal y la percepción de calidad acerca del mismo. Asimismo, y más allá del alcance del presente trabajo, conocer las características socio-demográficas de las mujeres-usuarias de los servicios de atención prenatal es de fundamental impor-

3 En la Ciudad de Buenos Aires los CAPS son denominados CESAC (Centros de Salud Comunitaria)

Tabla 1
Porcentaje de mujeres entre 15-19 años por distrito y porcentaje de usuarias menores de 20 años

Partido	% Mujeres entre 15-19 años	% usuarias menores de 20 años
Florencio Varela	10,02%	30,6%
Moreno	9,65%	24,3%
La Matanza	8,91%	23,6%
Tigre	8,46%	30,3%
Lomas de Zamora	7,87%	24,3%
General San Martín	7,35%	25,0%
Avellaneda	6,94%	23,5%
Tres de Febrero	6,78%	18,8%
San Isidro	6,67%	10,0%
Vicente López	5,65%	12,1%
CABA	5,40%	22,9%

Fuente: Censo 2010.INDEC

tancia para aproximar las necesidades y los riesgos potenciales de la población objetivo.

En esta encuesta se le preguntó a la madre la edad, el nivel educativo, la posesión de seguro privado de salud u obra social, el número de orden de embarazo, la cantidad de hijos nacidos vivos y el trimestre de gestación. Asimismo, se incluyó una pregunta sobre la cantidad de controles prenatales realizados.

Con respecto a las características socio-demográficas se observa que las mujeres en la encuesta se concentran en el tramo de edad de 20 a 29 años (53,9% del total). Sin embargo, el porcentaje de usuarias menores de 19 años es superior al 20% (asciende a 23,1%). Las diferencias observadas entre distritos son significativas. Los municipios que mayor porcentaje de usuarias adolescentes presentó fueron Florencio Varela (30,6%) y Tigre (30,3%) mientras que los menores porcentajes se observaron en San Isidro (10%) y Vicente López (12,1%). Este hecho puede estar influenciado tanto porque el porcentaje de adolescentes sea superior en esos municipios, por el hecho de que dentro de ese grupo etario el embarazo adolescente sea más prevalente (Tabla 1) ó por el hecho de que dichos municipios estén realizando acciones específicas hacia este grupo étnico que favorezcan el contacto con los centros de asistencia. Este último punto es importante en tanto la edad de la madre es una de las barreras de acceso a la atención mencionadas en la literatura. (Tabla 1)

La educación de la madre es otro indicador importante en tanto aproxima no solo el nivel socioeconómico sino también la capacidad de la mujer de percibir los riesgos del embarazo, valorar mejor la calidad de atención y comprender las indicaciones médicas. Con respecto al nivel educativo, solo el 28,9% de las usuarias en la muestra tenían secundario completo. Se observaron diferencias significativas por distritos. En San Isidro, Vicente López y CABA el 46%, 38,5% y 36,7% respectivamente de las encuestadas tenían secundario completo en comparación con el 17,1%, 20% y 21,5% en Florencio Varela, General San Martín y Tigre respectivamente.

Otra variable que se suele utilizar para aproximar el nivel socioeconómico es la posesión de seguro explícito de salud. Esta variable está correlacionada con el empleo formal en el caso de las obras sociales y con el ingreso per cápita en el caso de los seguros privados de salud. Como era de esperar, en todos los distritos más del 86% declararon no tener seguro explícito de salud.

A partir del número de orden del embarazo se pueden identificar los grupos con mayor exposición (Chiara et al, 2007). El porcentaje de madres primerizas en la muestra asciende a 38,6%, siendo más elevado en los distritos de General San Martín y Lomas de Zamora. Asimismo, ambos distritos tienen un porcentaje significativo de usuarias adolescentes (25% y 24,3% respectivamente). Se compararon las características de las mujeres-usuarias en la muestra respecto a características de las mujeres en la población general de cada distrito a partir de datos de las estadísticas

Tabla 2

Características de la muestra de usuarias por jurisdicción

	Avellaneda	CABA	Florencio Varela	Gral. San Martín	Matanza	Lomas de Zamora	Moreno	San Isidro	Tigre	Tres de Febrero	Vicente López	Total
Menor de 20 años	23,5%	22,9%	30,6%	25,0%	23,6%	24,3%	24,3%	10,0%	30,3%	18,8%	12,1%	23,1%
Entre 20 y 30 años	48,5%	53,3%	55,0%	50,0%	54,5%	53,6%	55,1%	46,0%	52,9%	56,2%	61,5%	53,9%
Entre 31 y 40 años	27,9%	22,9%	14,4%	23,3%	21,8%	21,4%	19,6%	40,0%	15,1%	25,0%	24,2%	22,1%
Mayor de 41 años	0,0%	0,8%	0,0%	1,7%	0,0%	0,7%	0,9%	4,0%	1,7%	0,0%	2,2%	0,9%
Sin estudios, primario incompleto, primario completo	5,9%	24,2%	21,6%	36,6%	30,9%	12,9%	25,2%	20,0%	52,0%	22,2%	18,6%	24,9%
Secundario incompleto, secundario completo	85,3%	68,3%	73,9%	61,7%	62,8%	78,5%	67,3%	70,0%	42,2%	69,7%	66,0%	67,5%
Estudios terciarios y universitarios incompletos y completos	8,8%	7,5%	4,5%	1,7%	6,3%	8,6%	7,5%	10,0%	5,8%	8,1%	15,4%	7,6%
Obra Social	13,2%	5,4%	3,6%	3,3%	0,9%	7,1%	9,3%	26,0%	12,6%	0,9%	9,9%	7,2%
Mutual\Prepaga\Serv. emerg.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,8%	0,0%	1,1%	0,2%
Planes y seg. públicos	0,0%	10,0%	0,9%	26,7%	36,4%	0,7%	47,7%	8,0%	10,1%	36,6%	18,7%	17,1%
No tiene\No paga\No descuentan	86,8%	84,6%	95,5%	70,0%	62,7%	91,4%	42,1%	66,0%	76,5%	62,5%	70,3%	75,3%
Primer embarazo	38,2%	42,7%	36,0%	45,0%	37,3%	45,0%	39,3%	22,0%	38,0%	33,9%	34,1%	38,6%
Segundo embarazo	30,9%	28,9%	27,0%	25,0%	30,9%	21,4%	25,2%	38,0%	27,3%	29,5%	33,0%	28,2%
Tercer embarazo	17,6%	16,3%	14,4%	16,7%	20,0%	12,1%	13,1%	22,0%	15,7%	24,1%	22,0%	17,1%
4 o más embarazos	13,2%	12,1%	22,5%	13,3%	11,8%	21,4%	22,4%	18,0%	19,0%	12,5%	11,0%	16,0%
Un hijo nacido vivo	56,1%	51,6%	43,3%	43,8%	45,6%	37,8%	46,0%	47,2%	43,5%	44,3%	53,4%	46,6%
Dos hijos nacidos vivos	24,4%	25,4%	25,4%	31,2%	35,3%	21,6%	20,6%	27,8%	29,0%	35,7%	31,0%	27,7%
Tres hijos nacidos vivos	9,8%	15,1%	17,9%	12,5%	11,8%	18,9%	20,6%	11,1%	17,4%	11,4%	5,2%	14,3%
Más de tres hijos nacidos vivos	9,8%	7,9%	13,4%	12,5%	7,4%	21,6%	12,7%	13,9%	10,1%	8,6%	10,3%	11,4%
Primer trimestre de embarazo	5,9%	12,1%	21,8%	3,3%	22,9%	13,6%	18,7%	12,0%	14,0%	16,1%	15,4%	14,7%
Segundo trimestre de embarazo	29,4%	32,1%	30,9%	28,3%	31,2%	39,3%	37,4%	30,0%	40,5%	37,5%	42,9%	34,9%
Tercer trimestre de embarazo	64,7%	55,8%	47,3%	68,3%	45,9%	47,1%	43,9%	58,0%	45,5%	46,4%	41,8%	50,3%
Controles anteriores en el mismo lugar	35,8%	19,4%	26,0%	47,5%	25,5%	20,3%	9,3%	54,0%	42,1%	24,1%	33,0%	27,3%
Tamaño de la muestra	68	240	111	60	110	140	107	50	121	112	91	1210

Fuente: Elaboración propia

vitales que publica la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS). Como era de esperar, tanto el porcentaje de jóvenes como el porcentaje de usuarias-mujeres en cada grupo de edad con bajos niveles educativos es superior al promedio registrado en el Conurbano Bonaerense. Lo mismo ocurre si se comparan los datos referidos a la CABA.

En síntesis, la muestra de usuarias de los hospitales y CAPS de los municipios analizados se aproxima a las estructuras de los niveles socioeconómicos bajos, sin acceso a seguro explícito de salud y con bajo nivel educativo. Un porcentaje significativo, sobre todo en algunos distritos, son madres adolescentes y primerizas. Todas características asociadas a la vulnerabilidad de la madre. (Tabla 2)

4. Resultados

4.1 Características de las usuarias y control prenatal

Con respecto a los controles prenatales, casi la mitad de las usuarias ya había realizado cinco o más controles en el momento de aplicación de la encuesta. Estando asociado este dato a las diferencias en el mes de embarazo de las usuarias. En promedio las usuarias encuestadas se encontraban en el sexto mes de embarazo y el 50% cursaba más del séptimo mes. De la totalidad, el 15% estaba cursando en el tercer mes o menos y el 35% se encontraba entre el cuarto

al sexto mes. Como era de esperar, estos porcentajes prácticamente no varían según la localización de los establecimientos donde las encuestas fueron realizadas, pero sí hay una menor concentración de usuarias en los últimos meses de embarazo en el conjunto de los CAPS. La mediana de meses de embarazo disminuye de 7 a 6 si solo se toman en cuenta las usuarias de CAPS.

Para realizar un análisis exploratorio sobre la adecuación de las entrevistadas a los controles prenatales hemos elaborado un índice que nos permita identificar la realización de controles mínimos durante el embarazo. Con dicho objetivo hemos calculado el porcentaje de madres en el primer trimestre con al menos un control, en el segundo trimestre con al menos tres controles y en el tercer trimestre con al menos cinco controles.

De las usuarias encuestadas que se encontraban en el primer trimestre todas declararon haber realizado al menos un control y el 39,8% habían realizado dos o más controles; de las usuarias que se encontraban en el segundo trimestre el 65,4% declaró haberse realizado más de dos controles y el 39,8% más de tres controles. Respecto al tercer trimestre, la proporción de mujeres que declaró haber realizado al menos 5 controles fue el 80,6% en comparación con el 64,6% que declaró haber realizado al menos 6 controles. La Matanza fue el municipio en el que se observa la menor frecuencia de controles. Solo el 52,9% de las usuarias en el segundo trimestre de embarazo declaró haber realizado al menos tres controles y solo el 54% en el tercer trimestre declaró haber realizado más de 5 controles. (Tabla 3)

Otra variable importante a la hora de analizar el seguimiento de la atención es el grado de rotación en los controles entre distintos centros sanitarios. La Tabla 4 muestra el porcentaje de usuarias que respondieron haber realizado los controles del embarazo en el mismo efector, dentro de aquellas que declararon más de 1 y 4 controles. Puede observarse como en las mujeres que concurren a establecimientos de asistencia primaria a controlar su embarazo se observa una menor rotación por los establecimientos que en las que se controlan en los hospitales (aunque estas últimas lo habían hecho en gran medida previamente en CAPS). Uno podría pensar que las mujeres se atienden habitualmente en los CAPS y ante la cercanía del parto eligen para su atención un hospital. Este hecho, surge de la información contenida en la encuesta (la mediana de meses de embarazo es mayor en hospitales que en CAPS como así también la frecuencia observada de controles previos en el mismo efector) y es un factor que debería ser tenido en cuenta para aceitar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios de atención y las jurisdicciones, a fin de poder garantizar la continuidad longitudinal del control prenatal, prevenir complicaciones y obtener mejores resultados. (Tabla 4)

Greco (2005) encuentra que dentro de las encuestadas con controles prenatales inadecuados predominan las mujeres menores de 18 años, con bajo nivel educativo, períodos intergenésicos cortos y embarazos no planificados. En línea con trabajos anteriores, nuestros resultados muestran que tanto el porcentaje de mujeres-usuarias menores de 20 años como el porcentaje de mujeres-usuarias

Tabla 3
Frecuencia declarada de controles prenatales según trimestre de embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres con al menos tres controles en el 2do. trimestre de embarazo	168	65,4%
Mujeres con más de tres controles en el 2do. trimestre de embarazo	276	39,8%
<i>Total de mujeres segundo trimestre de embarazo</i>	<i>422</i>	
Mujeres con al menos cinco controles en el 3er. trimestre de embarazo	490	80,6%
Mujeres con más de cinco controles en el 3er. trimestre de embarazo	393	64,6%
<i>Total de mujeres tercer trimestre de embarazo</i>	<i>608</i>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4
Frecuencia de adherencia al centro de atención para mujeres con más de 1 control y más de 4 controles

	Hospital Provincial	Hospital Municipal	CAPS
Porcentaje de usuarias que habiéndose realizado más de 1 control realizaron todos los controles del embarazo en este mismo lugar			
Conurbano Grupo 1	55,4%	63,4%	87,4%
Conurbano Grupo 2	40,5%	46,2%	79,7%
CABA	74,8%		84,8%
Porcentaje de usuarias que habiéndose realizado más de 4 controles realizaron todos los controles del embarazo en este mismo lugar			
Conurbano Grupo 1	43,0%	54,7%	86,3%
Conurbano Grupo 2	34,1%	32,5%	76,2%
CABA	75,0%		83,3%

Conurbano Grupo 1: Avellaneda, San Martín, La Matanza, Moreno y Lomas de Zamora, Conurbano Grupo 2: San Isidro, Tigre, Tres de Febrero, Florencio Varela y Vicente López.

Fuente: Elaboración propia

con bajo nivel educativo es superior en el grupo que presenta controles prenatales mínimos inadecuados (Tabla 5).

4.2 Calidad percibida y grado de satisfacción en el control prenatal

El Ministerio de Salud entiende por “control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza” (MSAL, 2001). Con este enfoque las actividades a realizar en cada uno de los controles deben estar dispuestas en un cronograma a cumplimentar durante el embarazo, confluyendo la mayor cantidad de actividades en cada consulta con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles (MSAL, 2001). La promoción de la salud, la educación para padres y la importancia de la crianza junto con la incorporación de las madres en situación de riesgo a programas de nutrición y servicios sociales, son, entre otras medidas, actividades que deben integrar el “paquete” del control prenatal (MSAL, 2001).

En base a estos criterios se elaboró el cuestionario acerca de la recepción de prestaciones recibidas por las mujeres encuestadas en su última consulta. Específicamente se les pidió a las mujeres que marcaran las prácticas que le fueron realizadas en la última consulta, entre las que se encontraban si la habían pesado, si le habían medido la altura uterina con una cinta métrica o le habían realizado ecografía, si le habían tomado la tensión arterial, realizado un exámen mamario, anotado datos de consulta en la libreta sanitaria, dado recomendaciones de lactancia y si le habían indicado suplementos de hierro. En cuanto a las prácticas que les fueron realizadas a las mujeres durante la consulta tras la cual

se realizó la encuesta, por orden de frecuencias fueron mencionadas las siguientes: medición de presión arterial (97%), peso (95%), anotación de los datos de la consulta en el carnet perinatal o libreta sanitaria (89%), medición de altura uterina o ecografía (88%), indicación para tomar suplementos de hierro (59%), recomendaciones para la lactancia (23%) y examen mamario (15%). La tabla 5 muestra los porcentajes de respuesta para los mencionados indicadores por grupo de municipios y tipo de establecimiento asistencial. Para realizar el análisis se agruparon los municipios del AMBA en dos grupos en función de su localización y características socio-económicas. El Grupo 1 está formado por los municipios de Avellaneda, San Martín, La Matanza, Moreno y Lomas de Zamora, el Grupo 2 por, San Isidro, Tigre, Tres de Febrero, Florencio Varela y Vicente López y el Grupo 3 por CABA.

En comparación, los datos son relativamente similares en CABA y el conurbano, aunque en CABA aumentan los porcentajes de peso, medición de altura uterina y prescripción de suplementos de hierro, mientras en el conurbano hubo mayor proporción de exámenes mamarios y de recomendaciones para la lactancia. En cuanto a la comparación de las prácticas entre hospitales y CAPS a excepción de las recomendaciones de lactancia, la anotación en la libreta y la indicación de suplementos de hierro que fueron indicados proporcionalmente más en CAPS que en hospitales, no se observan diferencias significativas en el resto de las prácticas. (Tabla 6)

4.3 Calidad de atención percibida por las mujeres que acudieron al centro de atención

La Tabla 7 muestra las frecuencias relativas de 5 medidas de calidad percibida por las usuarias desagregada por tipo de

Tabla 5

Características de las mujeres-usuarias con controles prenatales mínimos adecuados y controles prenatales mínimos por debajo de lo recomendado

	No cumple con la cantidad de controles mínimos(*)		Cumple con la cantidad de controles mínimos (*)		Total de la muestra	
Sin cobertura sanitaria	273	75,4%	637	75,4%	910	75,4%
Edad: menor de 20 años	90	24,9%	189	22,3%	279	23,1%
Nivel máximo educación alcanzado: primario	106	29,4%	195	23,1%	301	25,0%
Primer embarazo	125	34,5%	342	40,4%	467	38,6%
Avellaneda	19	5,2%	49	5,8%	68	5,6%
CABA	56	15,4%	184	21,7%	240	19,8%
Florencio Varela	27	7,4%	84	9,9%	111	9,2%
Gral. San Martín	25	6,9%	35	4,1%	60	5,0%
La Matanza	47	12,9%	63	7,4%	110	9,1%
Lomas de Zamora	37	10,2%	103	12,2%	140	11,6%
Moreno	23	6,3%	84	9,9%	107	8,8%
San Isidro	13	3,6%	37	4,4%	50	4,1%
Tigre	44	12,1%	77	9,1%	121	10,0%
Tres de Febrero	40	11,0%	72	8,5%	112	9,3%
Vicente López	32	8,8%	59	7,0%	91	7,5%
Total	363		847		1.210	

(*) porcentajes calculados sobre el total de mujeres-usuarias dentro de cada categoría de cumplimiento de controles.

Fuente: Elaboración propia

establecimiento y ordenación geográfica. En términos generales, los tiempos de espera, atención y la calidad de atención subjetiva percibida por las usuarias parece tener mejores indicadores en CAPS que en hospitales, en todas las áreas geográficas analizadas. En cuanto a los tiempos de espera mientras que menos del 30% en los CAPS declaran haber esperado más de 60 minutos para ser atendidas en los hospitales dicha frecuencia alcanza a más del 39%. Esta medida puede ser un indicador de congestión en los hospitales en cuanto a la atención, sobre todo en los hospitales de capital federal, en donde más del 67% de las usuarias declaró haber esperado más de 60 minutos. En cuanto al porcentaje de usuarias que declararon haber estado en la consulta menos de 5 minutos los porcentajes son significativamente diferentes entre CAPS y hospitales. Mientras que en los CAPS menos del 1% declaró haber estado en la consulta menos de 5 minutos, en los hospitales del conurbano del grupo 1 dicho porcentaje alcanza a 8,2% en hospitales provinciales y 9,2% en hospitales municipales.

Al igual que Greco (2005) encontramos que los porcentajes de respuesta que aproximan un nivel de satisfacción bueno o muy

bueno respecto a la atención recibida son elevados. Al respecto se realizaron un total de cinco preguntas. La primera aludía a los aspectos comunicacionales de la consulta (espacio para hacer preguntas, evacuación de dudas, entendimiento de las indicaciones médicas, obtención de recomendaciones ante complicaciones, utilidad de la información que le fue brindada y consejos para tener un embarazo saludable); la segunda estuvo orientada a calificar el trato en la atención del profesional que realizó la atención (mala, regular, buena y muy buena), en la tercera se le pidió a la usuaria que indicara, bajo la misma escala anterior, la calidad del profesional que llevó adelante la consulta y por último que calificara la atención general del establecimiento. Asimismo se preguntó sobre la percepción que tuvo en la consulta acerca de la preocupación del profesional por su salud (para nada, algo, bastante, totalmente).

Los resultados generales encontrados están en línea con los obtenidos por otros estudios (Greco, 2005) en los cuales se percibe una actitud complaciente de las mujeres para con el profesional. Como ya se ha mencionado los resultados pueden estar influidos por el denominado "sesgo de cortesía", por una actitud pasiva

Tabla 6
Recepción de prestaciones declaradas por las usuarias

	Hospital Provincial	Hospital Municipal	CAPS
Porcentaje de usuarias que declararon haber sido pesadas			
Conurbano Grupo 1	85,14%	96,15%	97,75%
Conurbano Grupo 2	100,00%	97,18%	93,49%
CABA		98,67%	95,56%
Porcentaje de usuarias que declararon medición de altura uterina o ecografía			
Conurbano Grupo 1	90,54%	75,38%	90,45%
Conurbano Grupo 2	92,50%	92,96%	82,88%
CABA	92,00%		91,11%
Porcentaje de usuarias que declararon medición de tensión arterial			
Conurbano Grupo 1	93,92%	96,15%	98,88%
Conurbano Grupo 2	100,00%	96,48%	96,23%
CABA	98,00%		96,67%
Porcentaje de usuarias que declararon haber recibido un examen mamario			
Conurbano Grupo 1	10,81%	26,92%	18,54%
Conurbano Grupo 2	8,75%	12,68%	15,41%
CABA	8,67%		15,56%
Porcentaje de usuarias que declararon que el médico completó su libreta sanitaria			
Conurbano Grupo 1	81,08%	93,08%	95,51%
Conurbano Grupo 2	90,00%	83,10%	91,78%
CABA	93,33%		95,56%
Porcentaje de usuarias que declararon haber recibido recomendaciones de lactancia			
Conurbano Grupo 1	19,59%	18,46%	26,97%
Conurbano Grupo 2	17,50%	18,31%	30,48%
CABA	18,00%		18,89%
Porcentaje de usuarias que declararon recibir indicación de suplemento de hierro			
Conurbano Grupo 1	49,32%	59,23%	67,42%
Conurbano Grupo 2	43,75%	45,77%	66,44%
CABA	62,67%		63,33%

Conurbano Grupo1: Avellaneda, San Martín, La Matanza, Moreno y Lomas de Zamora.
Conurbano Grupo2: San Isidro, Tigre, Tres de Febrero, Florencio Varela y Vicente López.

Fuente: Elaboración propia

de aceptación del paternalismo médico (Belmartino Bloch Luppio Schapiro, 1996), por falta de información o por lo que Greco (2005) denomina un proceso de “naturalización”. Estos problemas de información y sesgos es probable que sean mayores cuanto menor es el nivel educativo de la madre, menor es la edad y si no tiene experiencias previas. Es por ello que el análisis debe ser cauteloso y combinado con medidas objetivas de calidad de atención como son la recepción de prestaciones establecidas para todas las consultas según normas nacionales (toma de tensión arterial, peso, examen mamario, medición de altura uterina y otorgamiento de pautas para la lactancia) y evaluación de los equipos técnicos.

De las variables de satisfacción analizadas la que mayor grado de insatisfacción presenta es la relacionada con la atención general que brinda el servicio del establecimiento al que acudió. El 18% califica la atención general como mala o regular, encontrándose diferencias significativas entre hospitales y CAPS. En los hospitales el 23% de las mujeres declara la atención general como mala o regular en comparación con el 12,2% en los CAPS. Diferencias significativas se encuentran también entre los hospitales, siendo los que mayor grado de insatisfacción presentan los hospitales del Conurbano del grupo 1 (Avellaneda, San Martín, La Matanza, Lomas de Zamora). Cuando se analiza la tasa de respuesta de esta variable conjuntamente con el tiempo de espera para ser

atendida se observa una correlación positiva. Mientras que dentro del grupo de mujeres que esperaron menos de 15 minutos el 5,7% calificó la atención general como regular o mala, el 26,3% lo incluyó en dicha categoría dentro del grupo que declaró haber esperado más de 60 minutos.

Es de destacar que los porcentajes de insatisfacción disminuyen significativamente cuando las mujeres responden acerca del profesional que las atendió. En este caso los porcentajes de insatisfacción también presentan una correlación tanto con el tiempo de espera como con el tiempo de consulta (tanto en el trato como en la calidad). De las encuestadas calificó el trato del profesional y la calidad del profesional como regular o malo el 4% y 3,5%, respectivamente. Estos porcentajes difieren significativamente si se analizan teniendo en cuenta el tiempo de espera y de consulta (Tabla 8). En todos los casos el porcentaje de usuarias que calificó el trato profesional como malo o regular fue superior en los hospitales que en los CAPS y también superior a los porcentajes obtenidos respecto a la calidad de la atención general. De las 218 encuestadas que calificaron la atención del centro como regular o mala solo 30 indicaron que el trato del profesional había sido regular o malo y solo 27 indicaron que la calidad del profesional lo había sido. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre la percepción que tuvieron acerca de la preocupación del profesional por su salud el 12,2% considera que la preocupación fue poca o

Tabla 7
Calidad de la atención percibida por las usuarias

	Hospital Provincial	Hospital Municipal	CAPS
Porcentaje de usuarias que declararon haber esperado más de 60 minutos para ser atendidas			
Conurbano Grupo 1	66,20%	54,90%	21,10%
Conurbano Grupo 2	43,80%	28,20%	25,90%
CABA		67,30%	27,80%
Porcentaje de usuarias que declararon haber estado menos de 5 minutos en la consulta			
Conurbano Grupo 1	6,10%	8,00%	0,60%
Conurbano Grupo 2	5,10%	5,50%	0,70%
CABA		4,70%	0,00%
Porcentaje de usuarias que calificaron el trato del profesional como malo o regular			
Conurbano Grupo 1	8,10%	6,80%	0,60%
Conurbano Grupo 2	6,20%	2,70%	3,10%
CABA		4,70%	1,10%
Porcentaje de usuarias que calificaron la calidad del profesional como mala o regular			
Conurbano Grupo 1	6,10%	6,20%	0,60%
Conurbano Grupo 2	7,50%	1,80%	2,50%
CABA		4,10%	1,10%
Porcentaje de usuarias que sintieron que el profesional se preocupaba poco o nada por su salud			
Conurbano Grupo 1	29,50%	16,80%	1,10%
Conurbano Grupo 2	12,50%	10,00%	8,10%
CABA		17,40%	5,60%
Porcentaje de usuarias que calificaron la atención general como mala o regular			
Conurbano Grupo 1	32,50%	30,40%	9,70%
Conurbano Grupo 2	26,20%	7,30%	13,60%
CABA		16,00%	12,50%

Conurbano Grupo 1: Avellaneda, San Martín, La Matanza, Moreno y Lomas de Zamora
Conurbano Grupo 2: San Isidro, Tigre, Tres de Febrero, Florencio Varela y Vicente López.

Fuente: Elaboración propia

ninguna. Estos porcentajes nuevamente son superiores en los hospitales respecto a los CAPS. (Tabla 7)

4.4 Factores asociados a la comprensión de indicaciones médicas

La comprensión de las indicaciones médicas es un factor relevante a la hora de analizar la situación de las futuras madres. La necesidad, si no es percibida, puede no generar demandas al sistema de salud. Por ejemplo una mujer embarazada si no percibe el riesgo ante un determinado evento o se siente bien

puede no concurrir al sistema. Es por ello, que sobre todo en grupos vulnerables (edad, educación, pobreza) es fundamental insistir en la correcta comprensión de las indicaciones médicas en el momento en el que dichas mujeres toman contacto con el centro de atención. Máxime cuando se ha observado que, en muchas de ellas, los controles son mínimos y se observa rotación entre distintos centros de salud.

Para abordar esta problemática se preguntó a las usuarias sobre el entendimiento de las indicaciones del médico. La pregunta realizada fue la siguiente:

¿Cómo calificaría los siguientes aspectos de esta última consulta?

Tabla 8
Calidad de la atención percibida por las usuarias en relación al tiempo de espera para la consulta

	Tiempo de espera			
	Menos de 15 minutos	Entre 15-29 minutos	Entre 30-59 minutos	Más de 60 minutos
% de usuarias que calificaron la atención general como mala o regular	5,6%	14,8%	15,6%	26,3%
% de usuarias que calificaron el trato del profesional como mala o regular	0,4%	3,1%	3,9%	6,1%
% de usuarias que calificaron la calidad del profesional como mala o regular	1,4%	1,8%	1,4%	6,4%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9
Grado de comprensión de las indicaciones médicas
Porcentaje de respuesta de las usuarias

	Entendió poco o nada
	Frecuencia relativa
Mayor de 19 años	2,15%
Menor de 20 años	3,58%
Embarazos anteriores	2,02%
Primer embarazo	3,21%
1er trimestre de embarazo	2,81%
2do trimestre de embarazo	2,37%
3er trimestre de embarazo	2,47%
Educación: Hasta primario completo	3,99%
Educación: Hasta secundario completo	1,97%
Educación: Hasta universitario completo	1,09%
Atención en CAPS	1,61%
Atención en hospital	3,23%
Realizó menos que los controles mínimos	4,53%
Realizó al menos los controles mínimos	1,90%
Declaró no haber podido sacarse todas las dudas	14,77%
Declaró haber podido sacarse todas las dudas	0,39%
Declaró no haber obtenido recomendaciones	5,03%
Declaró haber obtenido recomendaciones	0,82%
Declaró haber permanecido en la consulta menos de 5 minutos	9,52%
Declaró haber permanecido en la consulta entre 5 y 10 minutos	2,94%
Declaró haber permanecido en la consulta entre 11 y 15 minutos	2,36%
Declaró haber permanecido en la consulta mas de 15 minutos de consulta	1,83%
Municipio Grupo 1	3,09%
Municipio Grupo 2	2,27%
CABA	1,67%

Fuente: Elaboración propia

- Entendió las indicaciones que le hizo su médico
- Tuvo espacio para hacer preguntas
- Pudo sacarse todas las dudas en la consulta
- Obtuvo recomendaciones/consejos ante complicaciones durante el embarazo
- Recibió información útil
- Le dieron consejos para tener un embarazo saludable

A cada una de las opciones anteriores la usuaria debía responder nada, poco, bastante y mucho. De esta pregunta hemos optado por analizar la variable entendimiento de las indicaciones del médico. Este aspecto porque está afectado tanto por factores asociados a la calidad de la consulta como por características individuales de la usuaria (edad, educación, entre otros). Como puede observarse en la Tabla 8 solo 30 usuarias declararon no haber comprendido o haber comprendido poco las indicaciones médicas (2,4%). Este hecho se condice con los sesgos que hemos mencionado anteriormente. Sin embargo, sí se observan diferencias en la tasa de respuestas según características de las mujeres y de la consulta.

La Tabla 9 muestra el porcentaje de respuesta de bajo entendimiento. Puede observarse que las usuarias adolescentes, identificadas como uno de los grupos de riesgo, declara no haber entendido o haber entendido poco las indicaciones médicas en

un 3,58% en comparación con el 2,15% de las mujeres mayores de 19 años. La tasa de respuesta de bajo entendimiento es mayor en las mujeres que no cursaron embarazos anteriores, que tienen bajo nivel educativo, que su última consulta fue en un hospital y que realizaron menos de los controles establecidos como mínimos necesarios. Asimismo, este porcentaje es superior en los CAPS del conurbano y especialmente en los municipios que pertenecen al grupo 1. Con respecto a las características de la consulta se observa que la frecuencia relativa de bajo entendimiento es superior entre aquellas que declararon no haber podido sacarse todas las dudas en la consulta, entre las que declararon no haber obtenido recomendaciones y entre las que declararon haber estado menos de 5 minutos en la consulta.

5. Conclusiones y discusión

Uno de los aspectos a destacar de los datos obtenidos de las encuestas a usuarias es el elevado grado de satisfacción que declaran respecto a la atención prenatal y la escasa variabilidad en las respuestas. Los resultados generales encontrados están en línea con los obtenidos por otros estudios (Greco, 2005) en los cuales se percibe una actitud complaciente de las mujeres para con el profesional. Como ya se ha mencionado los resultados pueden estar sesgados por el denomina-

Tabla 10

Datos demográficos y socioeconómicos de los partidos pertenecientes al conurbano incluidos en la muestra Censo 2010

Partido	Mujeres entre 15-19 años	Variación relativa de población (2001-2010)	Analfabetos Hombres (%)	Analfabetos mujeres (%)	Viviendas sin descarga de agua o sin retrete (%)	Hogares sin acceso a heladera (%)
Avellaneda	6,94%	4,20%	0,43%	0,51%	5,50%	2,40%
Florencio Varela	10,02%	22,10%	0,87%	0,93%	26,50%	6,60%
General San Martín	7,35%	2,80%	0,47%	0,52%	7,10%	2,30%
La Matanza	8,91%	41,50%	1,06%	1,21%	17,20%	4,50%
Lomas de Zamora	7,87%	4,20%	0,69%	0,88%	13,90%	4,30%
Moreno	9,65%	18,90%	0,81%	0,85%	24,90%	6,30%
Morón	6,45%	3,80%	0,33%	0,43%	3,60%	1,30%
San Isidro	6,67%	0,50%	0,31%	0,41%	2,90%	1,10%
Tigre	8,46%	25,00%	0,63%	0,63%	13,30%	3,70%
Tres de Febrero	6,78%	1,10%	0,42%	0,49%	3,90%	1,70%
Vicente López	5,65%	-1,70%	0,21%	0,21%	1,70%	0,80%
Total partidos	8,27%	14,20%	0,67%	0,76%	13,50%	3,70%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010

do “sesgo de cortesía”, por una actitud pasiva de aceptación del paternalismo médico (Belmartino Bloch Luppio y Schapiro, 1996), por falta de información o por lo que Greco (2005) denomina un proceso de “naturalización” de las situaciones de carencia, las cuales, con el transcurso del tiempo se hacen cotidianas e invisibles. Estos problemas de información y sesgos es probable que sean mayores cuanto menor es el nivel educativo de la madre, menor es la edad y si no tiene experiencias previas. No obstante, si se analiza la valoración de la atención entre CAPS y hospitales la atención fue mejor valorada en los primeros al igual que la preocupación del profesional y fue menor el tiempo de espera recibido. Dentro de éstos los que obtuvieron mejores calificaciones en casi todos los aspectos fueron los CAPS del conurbano.

En cuanto a las prácticas que las madres declaran haber recibido durante la consulta la tasa es elevada para las prácticas básicas (peso, tensión arterial, etc.) En cuanto a la comparación de las prácticas entre hospitales y CAPS a excepción de las recomendaciones de lactancia, la anotación en la libreta y la indicación de suplementos de hierro que fueron indicados proporcionalmente más en CAPS que en hospitales, no se observan diferencias significativas en el resto de las prácticas.

Por otro lado podría decirse que las usuarias que se encuestaron en hospitales refirieron una mayor variación del lugar en el que se habían venido haciendo los controles. Esto puede haberse debido a que muchas embarazadas concurren al hospital con el embarazo ya avanzado habiendo antes realizado consultas en otro establecimiento, fundamentalmente en CAPS.

Bibliografía

- Belmartino S, Bloch C, Luppi y Schapiro R, 1996. Mujer y servicios de salud. Una perspectiva crítica. Centro de Estudios Sociales y Sanitarios. Edición especial de cuadernos médicos, sociales. Rosario, Argentina.
- Bolzan A, Guimarey L y Norry M, 2000. Factores de riesgo de retardo intrauterino y prematuridad en los municipios de la Pcia. De Buenos Aires (Argentina). En Revista Chilena de pediatría. Vol 71. n3
- Cabrales Escobar JA, Sáenz Darías M, Gran Espinosa MA, Rojas Castañeda L, González Herrera, Pina García N y Lizano Rabelo M, 2002. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital Cubano 1997-2000, en Panamerican Journal of PublicHealth, vol 12 n3
- Chalmers I, García J, Post S. Hospital policies for labour and delivery. In: Chalmers I, Enkin M, Kierse M, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press. 1989(1991):815-19.
- Chiara M, 2007. Condiciones de vida y control de embarazo en municipios de la RS V. Co-Edición UNGS/Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. En colaboración con M. M. Di Virgilio, Reinaldo Reimondi y A. Schwarcz. Buenos Aires.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia: Propuesta Normativa Perinatal. Ministerio de Salud de la Nación. Tomo I. Argentina 1993.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), 2011. Estadísticas Vitales. Información básica. Año 2011. Ministerio de Salud de la Nación. www.deis.gov.ar
- Fiscella K: Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. Obstet Gynecol 1995;85:468-479.
- Gertler P, Rahman O, Feifer C, Ashley D. Determinants of pregnancy outcomes and targeting of maternal health services in Jamaica. SocSciMed 1993; .37:199-211
- González Vélez, A. C.; Ramos, S.; Londoño, A. y Romero, M.: Hoja Informativa N° 1, ¿Cómo se organizan y cuáles son los mecanismos de gobernabilidad de las redes que impulsan la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América latina y el Caribe, Buenos Aires, CEDES, 2009
- Greco, 2005. Las voces acalladas de la maternidad. Los controles prenatales ausentes o inadecuados en la perspectiva de las mujeres de los sectores populares. Tesis de maestría en Ciencias Sociales y de la Salud. CEDES FLACSO.
- Ministerio de salud, 2001. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Dirección Nacional de salud Materno-Infantil. Ministerio de salud de la Nación, Buenos Aires. Argentina.
- OMS, 2005. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo, en informe sobre la reducción de los riesgos del embarazo, en informe sobre la situación de salud en el mundo. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra Suiza. Cap 3
- Ortiz E, 2001. Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo según la medicina basada en la evidencia. En Revista colombiana médica. Vol 32 n4.
- Pavon León P, GogeaCoechea-Trejo M, Durán Gonzalez y Becerra Aponete, 2003. Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia. En la Revista Médica de la Universidad Veracruzana, México. Vol 3 n1.
- Pertino I Rossen M: Los caminos de la salud. Serie Políticas Públicas y Derechos. Cuaderno N° 8. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de B.s As. Año 2008, N° 9, 2008 y N° 10, 2009.
- Petracci M, Ramos S, Romero, M., 2002. Calidad de la atención perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico uterino. CEDES. Informe de investigación. Buenos Aires, Argentina.
- Ramos, S.; Romero, M. y Arias Feijoo, J.:2011. “El aborto inducido en la Argentina: ¿un viejo problema con un nuevo horizonte?”, en P. Bergallo (comp.), Aborto y justicia reproductiva, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Reyes Gómez V, Carbajal-Rodríguez L, López Cruz G, Cortés Galván A, Sanchez-Chavez N, 1999. Sifilis congénita. Análisis de 10 casos y revisión de la literatura. En archivos de investigación pediátrica de México, Confederación mexicana de pediatría A C. Vol 2 n5.
- Romero B, M y Díaz M C , 2001. La maternidad como conflicto una expresión de inequidad social y genero. En Revista Colombia Médica n 32.
- Romero, M.; Chapman, E.; Ramos, S. y Ábalos, E. 2010 : La situación de la mortalidad materna en la Argentina, Hoja Informativa N° 1, Buenos Aires, OSSyR, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_1.pdf
- Romero, M.; Ramos, S. y Ábalos, E.2010: Modelos de análisis de la morbimortalidad materna, Hoja Informativa N° 3, Buenos Aires, OSSyR, Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva,. Disponible en: http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_3.pdf
- Rooney C: Antenatal care and maternal health: How effect is it? WHO/MSM/1992;4:1-73.
- Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R, Duverges C: Control prenatal y atención del parto. En: Kroeguer A, Luna R. Atenciónprimaria de la salud, Mexico, PaxMexico, Segunda edición 1992:293-326.
- Schwarcz R, Díaz AG, Fescina RH, Díaz Rosello JL, Martell M, Tenzer SM. Historia Clínica Perinatal Simplificada. Propuesta de un Modelo para la atención primaria de baja complejidad. Bol. Of. Sanit. Panam. 95:163-172, 1983.
- Schwarcz R, Díaz, A G, Fescina R. The Perinatal Information System I: The Simplified Perinatal Clinical Record. J. Perinat. Med. 15 (Suppl.1):9, 1987.
- Villar J y col. For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. The Lancet. 2001; 357: 1551, 1564.
- Yalour M R, Torres R, Alvarez D, Grunht Y, 2004. Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud. Un estudio sobre percepción de niveles y criterios de satisfacción. Instituto Universitario ISALUD.