

ACCESIBILIDAD AL PRIMER CONTROL DE EMBARAZO EN UN CENTRO DE SALUD DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

ACCESSIBILITY TO THE FIRST PREGNANCY CONTROL IN A HEALTH CENTRE IN MONTEVIDEO

ACESSIBILIDADE AO PRIMEIRO CONTROLE DE GRAVIDEZ EM UM CENTRO DE SAÚDE DA CIDADE DE MONTEVIDÉU

Ana Claudia Stein

Esp. en Salud Comunitaria, Lic. en Fisioterapia, Universidad Católica del Uruguay.
Montevideo, Uruguay. aclaudia74@hotmail.com

Augusto Ferreira

Doctor en Enfermería, Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar las principales dificultades de accesibilidad por las cuales un grupo de mujeres embarazadas no realizó el control precoz del mismo. Es un diseño explicativo, de corte transversal y de enfoque cuantitativo. Se entrevistó a 80 mujeres embarazadas que aguardaban en sala de espera de la consulta gineco obstétrica en el período transcurrido entre Diciembre de 2010 a Marzo de 2011. Se les aplicó un cuestionario con preguntas referidas al primer control de embarazo, tales como: fecha en que pidió cita y en la que asistió; la edad gestacional al primer control prenatal; las dificultades propias de las usuarias y las presentadas desde el Centro de Salud. Para el análisis de los datos se tomaron dos grupos: las que realizaron el primer control hasta las 12 semanas y las que lo hicieron posterior a las 12 semanas. Este estudio mostró que existen problemas por los que algunas embarazadas consultan en forma tardía al primer control. En algunos casos estos inconvenientes obedecían a factores propios de la embarazada y en otros al Centro donde se controlaban. La demora en conseguir hora para atenderse fue la causa que predominó.

Palabras claves: Embarazo, Control, Remisión y Consulta, Centro de salud, Montevideo

ABSTRACT

The purpose of this research was to spot the main difficulties of accessibility due to which a group of pregnant women did not take the early pregnancy check-up. Explanatory cross-sectional design and quantitative approach.

Eighty women who were at the gynecological-obstetric waiting room from December 2010 to March 2011, were interviewed through a questionnaire including the following questions: day they programmed the appointment, and day they assisted to it; gestational age the first time they took a check-up; patient's own difficulties and the ones presented by the health centre.

To analyze this data, patients were divided in two groups: the ones who took the check-up before the 12th week of pregnancy and the ones who took it after the 12th week.

This study showed that here are problems pregnant women attend their first check-up later than they are supposed to. In some cases, these inconveniences were due to the women's own difficulties, and in other cases these problems were due to the health centre. This study showed that the main cause of this lack of control was due to obstacles in attaining an appointment.

Key Words: Pregnancy, Control, Health Centers, Referral and Consultation, Montevideo.

RESUMO

O propósito desta pesquisa foi determinar quais as principais dificuldades de acessibilidade para um grupo de mulheres grávidas não terem realizado o controle precoce de gravidez. Projeto, a abordagem transversal e quantitativa.

Foram entrevistadas 80 grávidas que aguardavam em sala de espera da consulta gineco-obstétrica, no período comprendido entre dezembro de 2010 a março de 2011. Foi feito um questionário com perguntas referidas ao primeiro controle de gravidez, tais como: data de solicitação da consulta médica equando foi atendida; idade gestacional no primeiro controle pré-natal; as dificultades próprias das usuárias e aquelas apresentadas pelo Centro de Saúde. Para a análise dos dados foram considerados dois grupos: as que realizaram o primeiro controle até as 12 semanas e as que o fizeram posterior às 12 semanas. Este estudo mostrou a existência de problemas que motivaram algunas grávidas a consultarem de forma tardía no primeiro controle. Em alguns casos, estes inconvenientes obedeciam a factores próprios da grávida e, em outros, ao Centro onde faziam os controles. A demora em conseguir hora para se atender foi a motivo predominante. As conclusões obtidas e que a consulta tarde para o centro de referencia não está relacionado com as condições de mulheres grávidas, mas principalmente para o atraso no sentido de obter tempo no centro.

Palavras chaves: Gravidez, Controle, Centros de Saúde, Referência e Consulta, Montevideo

INTRODUCCIÓN

Es fundamental un correcto control del embarazo para lograr las mejores condiciones de salud de la madre y del recién nacido. Para ello se han estipulado un determinado número de controles de embarazo y un momento precoz de captación del mismo. La evidencia científica sugiere que un embarazo normal debe tener por lo menos cinco controles distribuidos de la siguiente manera: mensualmente hasta la semana 32, quincenalmente hasta la semana 36 y semanalmente hasta el parto. La primera consulta de embarazo deberá realizarse ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 12 semanas de amenorrea. En el control prenatal el equipo de salud realiza un seguimiento sistemático de la evolución de la embarazada. Con ello se detecta precozmente y se tratan

complicaciones (1). También se educa y orienta a la mujer y su pareja en la adecuada preparación para el parto, nacimiento y puerperio (1) (2). En nuestro país existen aún altos niveles de desnutrición, anemia materno-infantil, bajo peso al nacer y recién nacidos prematuros. Sin embargo la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha tenido una tendencia al descenso en los últimos años. Según datos del Departamento de Información Poblacional del Ministerio de Salud Pública (MSP), la TMI, representó en el año 2004 un 13.2/00, y descendió en el año 2008 a un 10.6/00 (3). Esta tasa mide indirectamente la situación social de un país; su descenso es una de las metas adoptadas en la Declaración del Milenio realizada por las Naciones Unidas en el año 2000(3).

En el Sistema Nacional Integrado de Salud se promueve el cambio del modelo de atención y un enfoque orientado a la Promoción de la Salud y al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (4) (5). Este cambio de modelo de atención está basado en la Atención Primaria de Salud (APS), la cual fue definida en ALMA-ATA, (1978) como: la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (6). Basándonos en la estrategia de APS nos centraremos en el concepto de accesibilidad. Según Donabedian (1992) la accesibilidad es definida como: "una relación entre las características de los servicios y de los recursos de salud y las características de los potenciales usuarios... las características de los servicios son consideradas en función del impacto que ejercen como facilitador o limitante de la capacidad de la población para hacer uso de los servicios" (7). Existen cuatro dimensiones de la accesibilidad: la geográfica, la financiera, la organizativa y la cultural. La accesibilidad geográfica hace referencia a la relación que existe entre la distribución espacial de la población y la de los recursos, para que los mismos sean accesibles, deben situarse cerca de donde la población reside. La accesibilidad financiera implica que los costos de los servicios deben ser alcanzables por la población, incluyendo también el costo del transporte y del tiempo que se utilizó en la búsqueda de la atención sanitaria. La accesibilidad organizativa está integrada por todos aquellos factores que dependen de la institución que oferta los servicios, los cuales pueden convertirse en facilitadores o en barreras para la atención en salud. A saber, demoras en conseguir

una cita, tiempos de espera para la consulta, poca cobertura horaria para la atención que muchas veces no coincide con el tiempo libre de la población. La accesibilidad cultural tiene que ver con el respeto hacia las costumbres, creencias, estilos de vida, religión, idioma, etc. presentes en una comunidad, en relación a la aplicación de técnicas por parte de los prestadores de salud. (8)

Durante la primera etapa de la Reforma Sanitaria en Uruguay se priorizaron los Programas del Niño y de la Mujer, para los que se establecieron metas, objetivos e indicadores (9). Las metas son consideradas un incentivo económico para favorecer el cambio en el modelo de atención. (9)(10) Con respecto a la salud de la embarazada se ha incluido como meta la captación de la misma en el primer trimestre del embarazo. (5)(9)(10). Es en este sentido que surge la inquietud de investigar en un Centro de Salud del Sector Público de la ciudad de Montevideo las dificultades de accesibilidad que manifiestan las usuarias en el primer control de embarazo en este Centro.

Según datos de la Unidad de Información Nacional en Salud, DIGESA del año 2007, en el Uruguay, en el sector de Salud Privado, un 20.2 % de las embarazadas realizaron menos de seis controles prenatales. De este porcentaje hubo un 3.8% que no se controló el embarazo hasta el momento del parto. En el primer trimestre, fue captado un 58.3%, mientras que un 41.7% lo hizo en forma tardía. Con respecto al sector público, y de acuerdo a datos del Sistema de Información Perinatal del Hospital de la Mujer, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), del año 2008, un 28,2% tuvo menos de seis controles de embarazo y un 8 % no tuvo ningún control previo al parto. Fue captado dentro del primer trimestre un 40%, mientras que un 60% ocurrió más tardíamente dentro de dicho sector de Salud. (3)

De acuerdo a una investigación realizada en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (Argentina), en la que se encuestaron a 401 embarazadas con el fin de conocer los factores por los cuales no concurren precozmente al control prenatal. Un 33% no pudo iniciar precozmente su control de embarazo, debido a que no consiguió cita para la atención Médica; un 19% se controló previamente en otro Centro de Salud, un 13% no concurre por motivos laborales, un 11% por cuidar a los otros hijos, un 9% por la distancia de su casa al Centro de Salud, un 9% porque no sabía que tenía que

controlarse tempranamente el embarazo, y un 6 % por motivos económicos. Lo que evidencia este estudio es que la principal causa del control tardío fueron las dificultades de accesibilidad al control con el médico, provenientes del Centro de Salud. (2)

El Informe de Gestión de Maternidad del año 2009 resultante de los datos procesados por el Sistema Informático Perinatal (SIP), ASSE y el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) muestra información con respecto a los nacimientos de acuerdo a la semana de captación del embarazo y al efector que realiza el control. En el caso del Centro de Salud en estudio dependiente de ASSE se obtuvieron los siguientes datos: 128 nacimientos fueron captados entre la semana 4 y la semana 14; 111 nacimientos entre la semana 15 y la semana 28; 9 nacimientos entre la semana 29 y la semana 43 y 42 nacimientos que no poseen fecha de la primera consulta. (11)

El objetivo general de este estudio fue:

Determinar las principales dificultades de accesibilidad por las cuales las mujeres embarazadas no realizan un control precoz del embarazo en el Centro de Salud.

Como objetivos específicos se plantearon:

- Identificar las principales dificultades que se presentan a nivel del Centro de Salud para acceder al primer control de embarazo.
- Indagar en qué semana del embarazo concurren las embarazadas al primer control.
- Evaluar los niveles de impacto, que tienen que ver con el control tardío del embarazo de los aspectos relacionados con las características socio demográficas.
- Determinar el grado de conocimiento que poseen las usuarias en relación al embarazo y en particular a la importancia del control precoz del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo de nivel explicativo y corte transversal, realizado en la ciudad de Montevideo, en un Centro de Salud, dependiente de ASSE, Red de Atención Primaria (RAP) en el período comprendido entre el 1° Diciembre 2010 al 31 de Marzo de 2011.

La población estuvo conformada por 80 mujeres embarazadas que concurren a la consulta gineco obstétrica del Centro de Salud, en ese período

y que aguardaban en la sala de espera.

Fuente de datos: primaria las embarazadas y secundaria la revisión del Carné Perinatal y la Historia Clínica Perinatal.

Técnica: encuesta, utilizándose como instrumento un formulario de preguntas realizadas en la entrevista. Para el estudio se tomaron 2 grupos: uno para las mujeres embarazadas que llegaron al primer control prenatal con una edad gestacional menor o igual a 12 semanas ($n=46$) y el otro para las mujeres embarazadas que llegaron al mismo con una edad gestacional mayor de 12 semanas ($n=34$).

Se evaluaron dos aspectos, uno referente a las principales dificultades de accesibilidad presentadas por parte del Centro de Salud y el otro a las presentadas por las usuarias para el primer control de embarazo. Se analizaron los datos con el fin de relacionar los hallazgos de los 2 grupos para cada una de las variables estudiadas.

Los datos fueron analizados mediante el Test de Chi- Cuadrado, con un nivel de significancia del 95%. Cuando fue necesario se aplicó el Test de Fisher.

Todos los Test Estadísticos fueron realizados en el programa de distribución libre WINPEPI Versión 11.4.

Para realizar la investigación se tuvieron en cuenta los lineamientos del decreto de ley 379/008 (Uruguay) sobre Investigaciones con seres humanos. Se le informó a las participantes del estudio sobre los objetivos del mismo, se les aseguró el anonimato y se respetó la decisión de participar del mismo. La variable accesibilidad dependiente del Centro de Salud fue la obtención de la cita para la atención Médica en un plazo mayor a 15 días. Las variables consideradas como propias de las usuarias fueron: desconocimiento de su embarazo, motivos económicos, tener hijos a cargo, motivos personales, motivos laborales y otros. Las variables socio demográficas estudiadas fueron: edad, estado civil, sostén del hogar, conformación del núcleo familiar, nivel de instrucción y ocupación.

RESULTADOS

De las 80 mujeres embarazadas, se encontró que el 57.5% ($n=46$) asistieron precozmente al control prenatal. En contraste, el 42.5% ($n=34$) restante asistió de manera tardía a su primer control. Dificultades de accesibilidad del Centro de Salud y

propias de las usuarias.

El 63% de los casos de las mujeres que efectuaron un control precoz del embarazo y el 76.5% de las que efectuaron un control tardío presentaron alguna dificultad. Las mujeres que asisten al control prenatal tardío presentan un número mayor de dificultades en relación a las que asisten al control precoz, con una diferencia significativa en sus porcentajes ($X_{27}=23.00$, $p<0.05$). Las categorías para las cuales se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos se indican en el gráfico n° 1. Dentro de éstas la más representativa fue la cita mayor a los 15 días en ambos casos.

El 36.9% de las usuarias embarazadas que asistieron precozmente y 38.24% en las que asistieron de manera tardía se encontraban en el rango etario comprendido entre 15-19 años (gráfico N° 2). No se encontraron diferencias significativas en relación con la edad entre las mujeres que realizaban control precoz y control tardío ($X_{24}=0.624$, $p=0.96$).

El 63% de las usuarias que efectuaron el control precoz y 64.7% de las que efectuaron control tardío se encontraban en unión libre (gráfico N° 3). No se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación con el estado civil ($X_{24}=3.234$, $p=0.52$).

En un 73.9% de los casos de las mujeres que asistieron de manera precoz al control de embarazo su núcleo familiar se encontraba conformado por la pareja y otras personas. Este mismo fenómeno se presentó en las mujeres que asistieron de manera tardía al embarazo en donde las parejas y otros representaban el 67% de los casos. No se encontró diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al núcleo familiar ($X_{24}=1.646$, $p=0.81$). En ninguno de los casos se encontró que el núcleo familiar estuviera compuesto únicamente por la entrevistada.

En el 47.8% de los casos de las mujeres que asistieron al control precoz del embarazo, el sostén del hogar estaba representado por su pareja.

Este mismo fenómeno se presentó en las mujeres que se atendían de manera tardía el embarazo siendo la pareja el sostén del hogar en el 52.9% de los casos. No se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos con respecto al sostén del hogar ($X_{26}=6.087$, $p=0.414$).

El 45.7% de las mujeres que efectuaron el control precoz, tenían hijos a cargo, en contraste el

67.5% de las mujeres que asistieron tardíamente al control del embarazo que también tenían hijos a cargo. Pese a que no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos en relación con el tener o no hijos a cargo (Test exacto de Fisher, $p=0.06$), el p-valor muestra un valor cercano a la significancia.

El 61.9% de las mujeres que asistieron precozmente y el 43.5% de las que asistieron de manera tardía tenían un hijo. Aunque el porcentaje de mujeres con tres hijos fue mayor para las que asistieron de manera tardía (26.1%) en relación a las que asistieron de manera precoz (4.76%), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Test exacto de Fisher=0.2).

Las mujeres que asistieron de manera precoz (61.90%) tenían hijos mayores a 3 años y de las que concurren tardíamente al control de embarazo tenían hijos menores a 3 años (65.22%). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Test exacto de Fisher=1.0).

El 78.3% de las usuarias embarazadas que asistieron de manera precoz y el 79.4% de aquéllas que asistieron de manera tardía, presentaban como máximo nivel educativo alcanzado secundaria incompleta. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación al nivel de instrucción (Test exacto de Fisher, $p=0.45$).

El 15% de las usuarias que concurren precozmente al control de embarazo se encontraban trabajando y de las que asistieron tardíamente, un 8%. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos en relación con la ocupación (Test exacto de Fisher, $p=0.505$).

El 26.1% de las mujeres que acudieron precozmente al control del embarazo y el 50% de los casos que concurren tardíamente manifestaron tener muchos conocimientos acerca del embarazo. El 65.2% de las mujeres que acudieron de manera precoz a la cita y el 38.2% de las que lo hicieron tardíamente manifestaron tener algo de conocimientos sobre el embarazo. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación al nivel de información ($X^2=6.506$, $p=0.09$), el p-valor se encuentra cerca a la significancia.

En ambos grupos, el 100% de las entrevistadas manifestó conocer que era importante llevar a cabo un control precoz del embarazo.

GRÁFICO N° 1

Dificultades de accesibilidad al centro y propias de las usuarias en las mujeres que asisten a su primer control prenatal antes y después de las 12 semanas.

Porcentaje

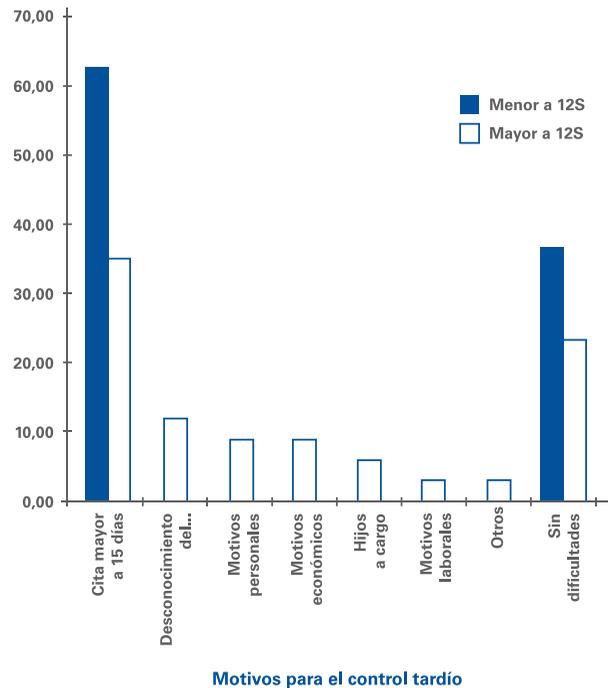
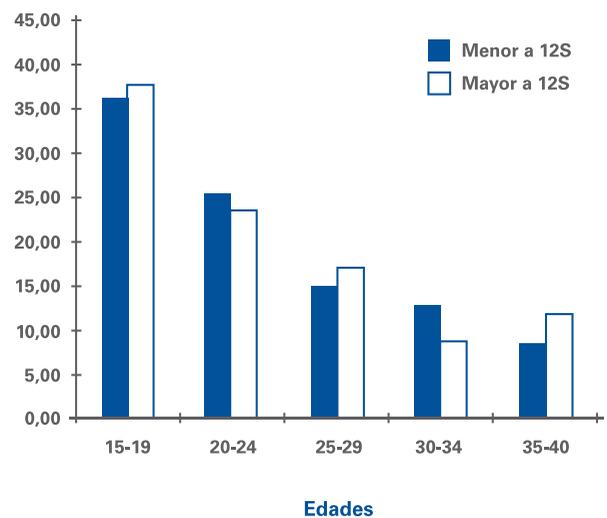


GRÁFICO N° 2

Rangos etarios de las usuarias embarazadas que concurren al control prenatal antes y después de 12 semanas.

Porcentaje



ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Si bien se encontró que ambos grupos presentaron dificultades, (el 63% y el 76.5% respectivamente para acceder al control de embarazo,) este estudio mostró que las mujeres que efectuaron un control precoz, lograron subsanar estos obstáculos y concretar el mismo antes de las primeras doce semanas de gestación. El análisis de las dificultades de accesibilidad encontradas en este estudio se asemejan a la investigación realizada en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sarda" en Argentina (2007) (2). En ambos estudios la principal dificultad fue el no conseguir cita para comenzar el control prenatal de forma precoz. En el Hospital Materno Infantil citado anteriormente, correspondió a un 33% y en el Centro de Salud estudiado representó un 35%.

En lo que respecta a otras dificultades personales que presentaron las usuarias estudiadas que concurren de forma tardía al control prenatal, se destaca el desconocimiento del embarazo en un 11.7%, que fue la segunda causa más frecuente entre las usuarias. Esta situación nos induce a reflexionar sobre la importancia de: la capacidad de las usuarias para identificar tempranamente su embarazo, el conocimiento necesario para concurrir y así acceder a la atención sanitaria con el propósito de evitar demoras innecesarias. (12)

Otra dificultad encontrada fue la económica (8.8%) expresada a través de la falta de dinero para el ómnibus para concurrir dentro de las doce primeras semanas al control prenatal. Situación que podría interpretarse como que el costo del transporte representa una barrera en el control prenatal. En el presente estudio, si bien no se encontraron diferencias significativas para el caso de las mujeres con 3 hijos a cargo y para las que tienen un hijo menor de 3 años, al evaluar los datos agrupados en relación a los hijos a cargo en mujeres de los dos grupos, se encontraron valores cercanos a la significancia. Esta situación fue planteada en la investigación realizada en el Hospital Pereira Rosset en la que las mujeres que asisten menos a los controles son aquellas que tienen un hijo menor a 3 años, independientemente de cuántos hijos tengan en total (14). En lo referente a la edad, la categoría que presentó más gestantes fue la primera, de 15 a 19 años siendo del 38.2 % para las usuarias que consultaron tardíamente. Esto podría deberse a que la adolescencia es una etapa de cambios, que tiene amplias repercusiones biopsicosociales

GRÁFICO N° 3

Estado civil de las usuarias embarazadas que concurren antes y después de las 12 semanas.

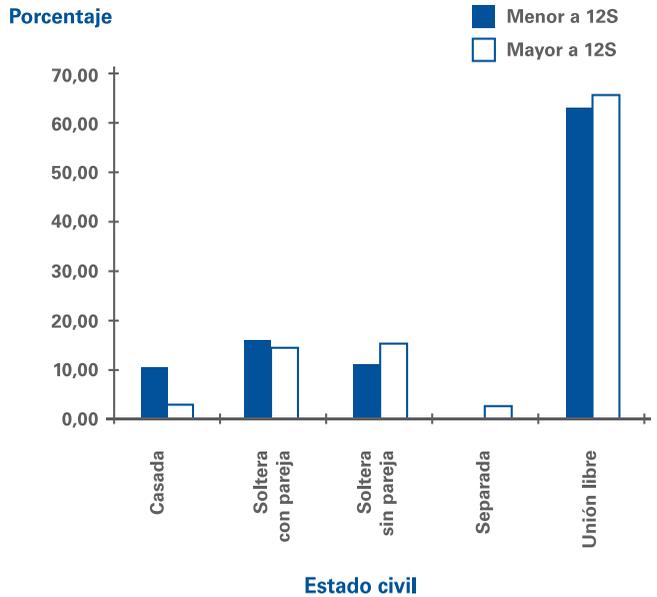
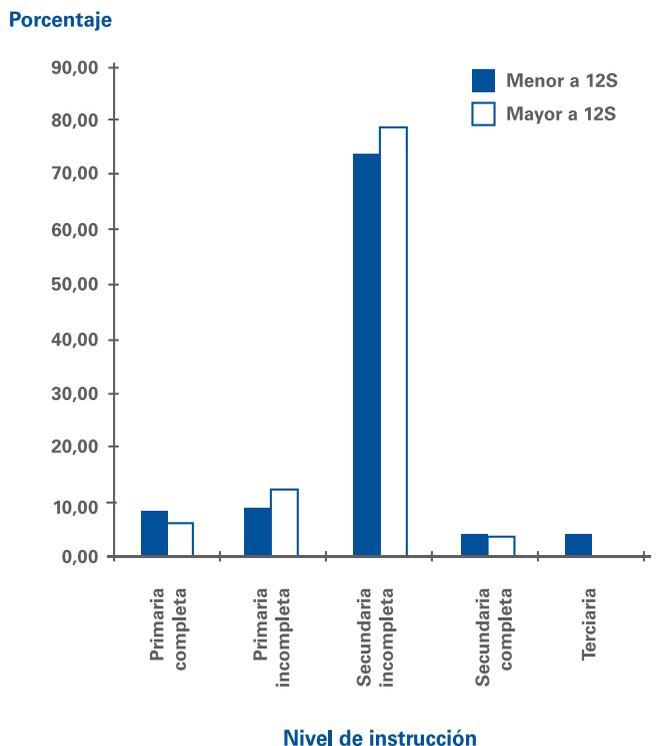


GRÁFICO N° 4

Nivel de instrucción de las usuarias embarazadas que concurren al control prenatal antes y después de 12 semanas.



y que las hace más vulnerables. Lo que se refleja en menor escolaridad, mayores dificultades para sustentarse ella y a sus hijos, para conseguir trabajo y en lo que respecta a lo biológico existen mayores riesgos de hemorragia, parto prematuro, amenaza de aborto y depresión. (13).

En lo que respecta al estado civil, un 64.7% de las usuarias que concurren tardíamente al control de embarazo se encuentran en unión libre, es de destacar que el 14.7% de las usuarias se encontraban solteras sin pareja. El hecho de estar soltera sin pareja es considerado un factor de riesgo para el control tardío del embarazo y para la no concurrencia a los controles (14). Se pudo apreciar en esta investigación de que a pesar que el 14.7% de las usuarias embarazadas no presentaban pareja, la conformación del núcleo familiar mostró familias nucleares, extensas y mono parentales; ninguna de las embarazadas vivía sola.

El máximo nivel educacional alcanzado fue Secundaria Incompleta 78.3% y 79.4% respectivamente, mientras que el mínimo nivel alcanzado fue primaria incompleta en un 2.2 % y 8.8% respectivamente. El no haber finalizado la escuela primaria, según se expresa en un estudio realizado en el Hospital Pereira Rossel, predispone a una menor asistencia al control prenatal (14).

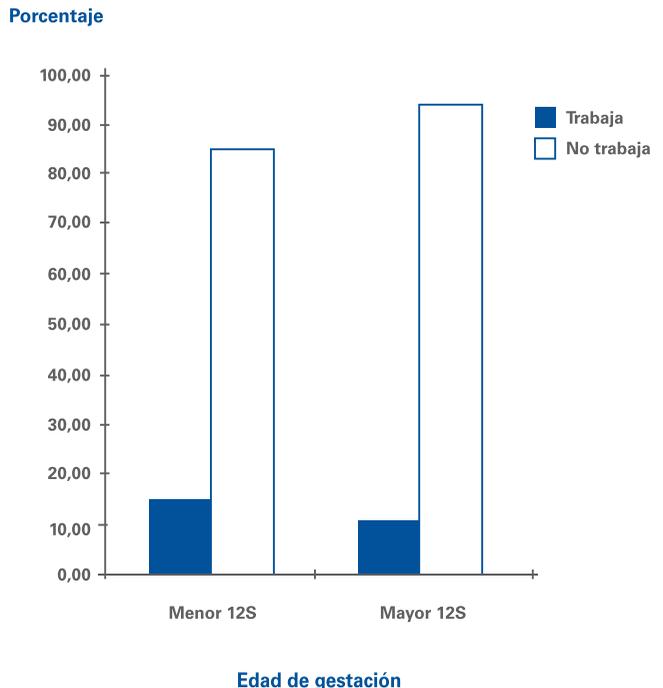
Con respecto a la ocupación únicamente un 8,8% de las gestantes que llegaron tardíamente al control prenatal se encontraban trabajando al momento de realizar el estudio. Sólo un 2.9% de las usuarias embarazadas con control prenatal posterior a las 12 semanas, fueron el único sostén del hogar. Estos hallazgos encontrados en la conformación del núcleo familiar, la ocupación y el sostén del hogar hacen suponer que las usuarias presentan algún tipo de redes de apoyo. (15)

El nivel de información con respecto al embarazo muestra valores cercanos a la significancia, por lo que sería interesante un aumento en la muestra, para determinar estadísticamente este hallazgo. Un 50 % del grupo que se controló tardíamente el embarazo hace referencia a saber mucho sobre el mismo. La implicancia de este fenómeno es que al percibir que tienen conocimiento sobre el embarazo supongan que no necesitan concurrir al control prenatal, perdiéndose así la oportunidad de realizar el control de forma precoz.

El 100% de las usuarias embarazadas provenientes de ambos grupos sabían que era importante realizar el control precoz del embarazo.

GRÁFICO N° 5

Ocupación de las usuarias embarazadas que concurren antes y después de las 12 semanas.



CONCLUSIONES

La concurrencia de mujeres embarazadas de manera precoz al primer control del embarazo puede estar relacionado a la efectividad que tuvo el cambio del modelo de atención, en el que se promueven las actividades educativas en conductas y hábitos saludables. En suma vemos que se logró identificar que la principal dificultad de accesibilidad a las embarazadas en estudio fue conseguir citas en un plazo menor a 15 días, lo que representa una debilidad en la organización de la institución. Estos datos podrían ser relevantes para la misma a la hora de tomar decisiones en vías de mejorar el acceso de las usuarias.

En relación a la evaluación de los niveles de impacto de los aspectos contextuales, los datos mostraron que no se encontró una relación entre aspectos socio demográficos analizados y el control tardío del embarazo; aunque varias de estas características sean consideradas como potenciales factores de riesgo. Tampoco se encontró relación entre el número, la edad y la presencia de hijos con el control precoz del embarazo. Sin embargo este último aspecto arrojó valores cercanos a la significancia, por lo que futuros estudios deberían incrementar el tamaño de la muestra para establecer posibles relaciones.

Lo mismo ocurre en relación con el nivel de información sobre el embarazo, sugiriéndose incrementar el tamaño de la muestra.

Como aspecto positivo observamos que la totalidad de las encuestadas reconoce la importancia que posee el control de su embarazo en etapas tempranas.

Los resultados del estudio fueron presentados a las autoridades del Centro de Salud involucrado.

SUGERENCIAS GENERALES

En base a los resultados más relevantes y a la actual coyuntura del sistema sanitario podemos afirmar algunas propuestas generales que pueden potenciar el cambio necesario para la mejora del control temprano en el embarazo. Derivar a las embarazadas que no han conseguido cita en tiempo a las consultas de enfermería y médicos de familia. Analizar los horarios de médicos ginecólogos y médicos de familia de modo de mejorar la cobertura. Implementar un sistema de información que facilite la accesibilidad y la asistencia a las consultas. Aplicar políticas de salud que incentiven a las mujeres a controlarse precozmente el embarazo contribuyendo al programa Mujer y Género. Promover el desarrollo de conductas saludables desde la adolescencia tanto en varones como en mujeres para planificar y asumir una maternidad y paternidad responsable. No solo desde el Sistema de Salud sino dándole la participación a la comunidad en el papel de fortalecer acciones conjuntas para disminuir las barreras de acceso a los Servicios de Salud y a las barreras percibidas y sentidas por los usuarios.

En relación al estudio si bien permitió un primer acercamiento a la identificación de los principales motivos que dificultan la accesibilidad al control prenatal de este centro de Salud, sería oportuno en un futuro:

- Desarrollar estudios similares en otros centros de salud pública de la capital e interior del país.
- Ampliar la población y los factores estudiados.
- Implementar investigaciones similares en el sector privado y semiprivado.
- Conformar equipos de investigación multidisciplinarios.
- Complementar con metodologías cualitativas de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guías en salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Montevideo: MSP; 2007.
2. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompart V. Control prenatal tardío: ¿Barreras en el sistema de salud? Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá (Bs As). 2008; 27(3): 114-19.
3. Arroyo, A. [et al]. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2009. Montevideo: UNICEF; 2009.
4. Ministerio de Salud Pública. Nuevas Metas Asistenciales: MSP avanza en el cambio del Modelo de Atención priorizando la prevención [Sitio web]. Montevideo: MSP; [actualizado 20 de marzo 2009; fecha de acceso 20 de marzo 2012] Disponible: http://www.msp.gub.uy/uc_2862_1.html
5. Sistema Nacional Integrado de Salud. Reforma de la Salud. Montevideo: MSP; 2009. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?978,12398.
6. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra: OPS, 1998.
7. Báscolo E, Yavich N, Urquía M. Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. Rev. Genc. Polit. Salud Bogotá (Col.), 2007; 6(12): 112-125.
8. El universo de la nueva Salud Pública. Biblioteca Digital ILCE [Sitio web]. México: ILCE; [s.d.] [acceso 20 de marzo de 2012] Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_10.htm
9. Meta 1. Metas del niño, niña y la mujer Junta Nacional de Salud (JUNASA). Montevideo: MSP -JUNASA; 2010.
10. Mestas Asistenciales. Montevideo: MSP; 2007.
11. Informe de Gestión Maternidad 2009. ASSE-CHPR. Hospital de la Mujer. SIP Montevideo; 2009.
12. Cáceres-Manrique Flor de María. El control Prenatal: una reflexión urgente. Rev. Colomb. Obst. Ginec.2009; 60 (2). Disponible: <http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000>
13. Prías - Vanegas H, Miranda-Mellado C. Experiencias en adolescentes embarazadas en control prenatal. Rev. Aquichan, (Col) 2009; 9 (1): 93-105. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/172/313>
14. Von Waldenfels H, Planz M, Ramón, J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay. Rev. Med. Uruguay. 1992; 8(1): 61-69.
15. Guía de aprendizaje no formal para Adultos Mayores: Redes de las redes sociales de apoyo de los Adulto Mayores. México D.F.: FUNBAM; 2005.
16. Schwarcz R, Sala R, Duverges C. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
17. Quelopana del Valle A. M^a, DimmittChampion J., Salazar González B. C. Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México. Index Enferm [revista en la Internet]. 2007 [acceso 20 de marzo 2012]; 16(57): 23-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200005&lng=es.
18. Tamez-González S, Valle-Arcos R, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud pública (Méx.), 2006; 48(5): 418-429 Disponible:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es.

Recibido: **02/2012**

Revisado: **03/2012**

Aceptado: **04/2012**
