



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Juan Pablo Pérez

Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de Salud

**Director de Tesis**  
Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Perez, Juan Pablo. (2013). Evaluación de la utilización del control prenatal en el sistema de salud pública de la Ciudad de Villa Gobernador Galvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033885\\_Perez.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033885_Perez.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)  
[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)  
[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

9ª cohorte (2006-2008)

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER**

**TÍTULO**

Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011.

**AUTOR**

Juan Pablo Perez

**DIRECTOR DE TESIS**

Dr. Leonardo Federico

**FECHA DE ENTREGA**

Diciembre, 2012

**Lanús, Argentina**

**Lanús, Argentina**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**  
Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
9ª cohorte (2006-2008)

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER**

**TÍTULO**

Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011.

**AUTOR**

Juan Pablo Perez

**DIRECTOR DE TESIS**

Dr. Leonardo Federico

**INTEGRANTES DEL JURADO**

Mgr. Adriana Gorenstein

Mgr. Norma Aspres

Mgr. Osvaldo Santiago

**FECHA DE APROBACIÓN**

10 / 07 / 2013

**CALIFICACIÓN**

Muy bueno: 8 (ocho) puntos

A Helena y Sofía, que me acompañaron en este desafío

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Mgr. Débora Ferrandini y al Dr. José Musumeci por su incentivo en la realización de este trabajo.

A la Lic. Silvia Bissio y a la Dra. Susana Morales por su colaboración.

A Daniel Giordano y Fernando Burgueño por su ayuda.

## RESUMEN

El control prenatal (CPN) es una estrategia para ofrecer una atención adecuada a la embarazada y disminuir la morbimortalidad de mujeres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco es lo que se sabe de cómo éstos se materializan en acciones concretas en el escenario local de la atención en salud, a veces en contextos de desigualdad social, en donde no todas las gestantes acceden al CPN, ni asisten con periodicidad, y no se logran completar las actividades mínimas propuestas. Este trabajo evalúa la utilización del CPN en la población gestante usuaria del Sistema Público de Salud de Villa Gobernador Gálvez en el período 2008-2011. Se toma como población el total de registros del Sistema Informático Perinatal de partos de embarazadas de Villa Gobernador Gálvez que utilizaron su sistema público y tuvieron el parto en sus maternidades de referencia (N=2366). Se trata de un estudio descriptivo, transversal, de abordaje cuantitativo. Los resultados del análisis muestran que las usuarias son jóvenes, en unión estable, con estudios básicos y no más de 3 hijos. La cobertura es extensa (93%), llegan al parto con 5 o más controles un 66%, el primer control es tardío (sólo un 25% consulta en el primer trimestre). La valoración clínica del CPN no es completa, los exámenes complementarios son realizados en un 78.7%, las actividades de profilaxis se realizan en la mayoría, no así las actividades educativas. La morbimortalidad perinatal sigue siendo más alta que en la provincia y el país. Los hallazgos de este trabajo revelan que los diferentes patrones de utilización no pueden ser entendidos si no se tiene en cuenta el papel fundamental de las desigualdades sociales en el territorio.

Palabras clave: atención prenatal/utilización; evaluación en salud; desigualdades en la salud.

## ABSTRACT

The prenatal care (PNC) is a strategy to provide adequate care for pregnant women and reduce morbidity and mortality in women and children. Its objectives and attributes are clearly presented, but little is known of how they materialize into concrete action on the local scene in health care, often in contexts of social inequality, where not all pregnant women access to PNC or attend regularly, and not manage to complete the activities proposed minimum. This paper evaluates the use of PNC in the pregnant population user Public Health System of Villa Gobernador Gálvez in 2008-2011. Is taken as the total population of Perinatal Information System records birth of pregnant Villa Gobernador Gálvez who used their public system and gave birth in their maternity of reference (N = 2366). This is a descriptive and cross-sectional study, of quantitative approach. The results of the analysis show that the users are young, in a stable union, with only basic education and no more than 3 children. Coverage is extensive (93%), childbirth arrive with 5 or more 66% controls, the first control is late (only 25% consult in the first trimester). Clinical judgment of PNC is not complete, complementary tests are performed in 78.7%, prophylaxis activities are performed in the majority, but not educational activities. Perinatal morbidity and mortality is still higher than in the province and the country. The findings of this study reveal that the different patterns of use can not be understood if not one considers the role of social inequalities in the territory.

Keywords: prenatal care/utilization; health evaluation; health inequalities.

## LISTADO DE FIGURAS

- Figura 1. Georreferencia: recién nacidos con bajo peso al nacer de Villa Gobernador Gálvez.  
Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....70
- Figura 2. Georreferencia: partos de pretérmino de mujeres de Villa Gobernador Gálvez.  
Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....71
- Figura 3. Georreferencia: muertes fetales precoces y tardías de Villa Gobernador Gálvez.  
Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....72

## LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Cronología de las actividades básicas para las consultas prenatales.....	37
Cuadro 2. Historia Clínica Perinatal SIP 2007.....	47

## LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos en Villa Gobernador Gálvez, Rosario, provincia de Santa Fe, y Argentina. Años 2005, 2006,2007.....	24
Tabla 2. Fallecidos de 0 a 27 días, nacidos vivos, y tasa de mortalidad neonatal precoz y tardía (por 1000 nacidos vivos) en Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Años 2005, 2006, 2007.....	25
Tabla 3. Dimensión sociodemográfica, variables.....	51
Tabla 4. Adecuación de los controles prenatales a sus requisitos básicos, variables.....	51
Tabla 5. Variable completud, sub-variables.....	52
Tabla 6. Versiones SIP de la base datos unificada de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	53
Tabla 7. Partos de mujeres de Villa Gobernador Gálvez en establecimientos públicos de Rosario y Gran Rosario. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	55
Tabla 8. Comparación del número de nacidos vivos registrados por el SIP con los registrados por el Registro Civil, de mujeres de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	56
Tabla 9. Nacidos vivos según lugar de ocurrencia, con residencia habitual de la madre en Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	57

Tabla 10. Partos por año de mujeres de Villa Gobernador Gálvez en las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	57
Tabla 11. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a la valoración clínica del control prenatal efectuado en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	61
Tabla 12. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a los exámenes complementarios solicitados durante el control prenatal en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	62
Tabla 13. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a profilaxis en el control prenatal realizado en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	64
Tabla 14. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a actividades educativas transmitidas en el control prenatal realizado en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	65
Tabla 15. Evaluación de variable completud. Falta de información (porcentajes) en el Sistema Informático Perinatal de sus subvariables, correspondiente a los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	66
Tabla 16. Resultados perinatales adversos en mujeres de Villa Gobernador Gálvez, relación con variables sociodemográficas y requisitos básicos del control prenatal. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.....	68
Tabla 17. Fallecidos de 0 a 27 días, nacidos vivos, y tasa de mortalidad neonatal precoz y tardía (por 1000 nacidos vivos) en Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2005-2011.....	73

Tabla 18. Defunciones fetales por lugar de ocurrencia según residencia habitual de la madre.  
Departamento Rosario. Localidad Villa Gobernador Gálvez. Período 2005-2011..... 73

Tabla 19. Recién nacidos con bajo peso al nacer, pretérminos, razón de mortalidad fetal por mil nacidos vivos y tasa de mortalidad perinatal en establecimientos públicos para Villa Gobernador Gálvez, provincia de Santa Fe y Argentina. Período 2011..... 74

## **LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CPN: control prenatal

IPEC: Instituto Provincial de Estadística y Censos (Santa Fe)

CAPS: Centros de atención primaria de la salud

TMI: tasa de mortalidad infantil

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIMS: Sistema de Información del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe

SIP: Sistema Informático Perinatal

APS: Atención Primaria de la Salud

CREP: Centro Rosarino de Estudios Perinatales

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

OPS: Organización Panamericana de la Salud

VIH: virus de inmunodeficiencia adquirida

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIG: Sistemas de información geográfica

## CONTENIDO

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
Problema.....	15
Preguntas.....	16
Hipótesis.....	17
Justificación.....	17
<b>II. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>III. ESTADO DEL ARTE.....</b>	<b>27</b>
<b>IV. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>32</b>
Desigualdades sociales, desigualdades en salud.....	32
El control prenatal.....	33
Acceso y utilización de servicios de salud. ....	39
Evaluación en salud. ....	42
<b>V. OBJETIVOS.....</b>	<b>45</b>
Objetivo general.....	45
Objetivos específicos.....	45
<b>VI. METODOLOGÍA.....</b>	<b>46</b>
Diseño.....	46
Población.....	46
Fuente de datos.....	48
Recolección y organización de los datos.....	48
Tratamiento estadístico.....	50
Descripción de las variables.....	50
Limitaciones y sesgos.....	53
<b>VII. RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
Caracterización de la población.....	58
Adecuación de los CPN a sus requisitos básicos.....	59
Resultados perinatales adversos.....	66
<b>VIII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>75</b>

<b>IX. CONCLUSIONES.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

El proyecto de investigación se relaciona con la valoración de la utilización del control prenatal, entendido como punto de contacto entre los servicios de salud y la población, dentro del contexto particular de un municipio.

El cuidado de la mujer embarazada y el hijo por nacer sigue siendo en la actualidad un tema trascendente en nuestras sociedades por la importancia a nivel cultural que este suceso genera, convirtiéndose de esta manera en una oportunidad para el acercamiento de la población al sistema de salud y viceversa.

Es por eso que este estudio tiene como propósito contribuir a incrementar el conocimiento sobre cómo se relacionan las mujeres embarazadas y el equipo de salud del primer nivel de atención, encargado de realizar el control prenatal (CPN), desde una mirada de las desigualdades sociales, generando nueva información que pueda dar sustento a futuras acciones que contribuyan al mejoramiento de la atención prenatal tanto en el nivel local como en la región y el país.

### **Problema**

El escenario donde transcurre este estudio es un municipio que padece las consecuencias de las políticas económicas neoliberales promovidas en el país en los años 90, y que han impactado profundamente en su trama social. Algunos indicadores reflejan esta situación: el porcentaje de analfabetismo es mayor que en otras ciudades y departamentos, más de la mitad de la población carece de obra social, dentro de este grupo se concentran los jóvenes, y una cuarta parte de los habitantes tiene sus necesidades básicas insatisfechas (1).

La ciudad de Villa Gobernador Gálvez presentó en los años previos al estudio una tasa de mortalidad neonatal más elevada que otras ciudades vecinas, que la provincia de Santa Fe y que el país. Un análisis de las estadísticas vitales realizado según los criterios de reducibilidad, implementados a partir de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), muestra que un porcentaje importante de las causas que originan

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

esta problemática son reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo (2).

En consecuencia se hace foco en el proceso de atención de las embarazadas de esa ciudad, específicamente en cómo se está utilizando el control prenatal (CPN), entendido como un conjunto de acciones que involucra una serie de encuentros entre la gestante y los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente enfermedades, prevenir complicaciones y acompañar en la preparación para el parto (3). El CPN tuvo un desarrollo importante en los últimos cuarenta años y ha demostrado ser altamente efectivo, y de bajo costo, en el cuidado de la mujer embarazada, contribuyendo a evitar muertes y lesiones maternas y del recién nacido.

A través de la experiencia empírica se observa que en el sistema sanitario local no todas las gestantes concurren tempranamente al CPN, tampoco asisten con periodicidad al mismo, ni se logran completar las actividades mínimas propuestas, en algunas oportunidades llegando al momento del parto sin controles previos.

## **Preguntas**

¿Cómo utilizó el CPN la población gestante, usuaria del Sistema de Salud Pública de Villa Gobernador Gálvez, durante el período 2008-2011?

¿Qué características sociodemográficas presenta la población de embarazadas que utiliza el Sistema de Salud Pública?

¿Cómo se adecuan los controles prenatales a sus requisitos básicos (precocidad, continuidad, completud y amplia cobertura)?

¿Existen desigualdades en la utilización del CPN en este municipio?

## **Hipótesis**

Durante el período de estudio, el CPN no se ha adecuado íntegramente a todos sus requisitos básicos; y las características sociodemográficas de las embarazadas, especialmente las que pertenecen a algunos grupos que presentan mayores desigualdades sociales, han influido negativamente en la utilización del mismo.

## **Justificación**

Se exponen aquí las motivaciones que me han llevado a proponer el presente tema de investigación.

Por un lado, la ciudad en estudio presenta indicadores socioeconómicos que reflejan un problema de desigualdad social, que la particulariza de otros municipios de la provincia, condicionando la utilización de los servicios de salud disponibles en general, tema que será ampliamente desarrollado en el capítulo II.

Por otra parte, y desde el punto de vista académico, hace más de cuatro décadas que se conocen los beneficios del CPN, su bajo costo, y su gran aporte para evitar muertes y lesiones maternas y perinatales, sin embargo no existe a nivel local ninguna investigación que analice la manera en que la población utiliza dicho CPN.

Desde el punto de vista personal, comprendo que la investigación constituye una experiencia que implica un gran proceso de transformación, que va del sujeto del sentido común y de las respuestas (subjetividad práctico-profesional), al sujeto de las preguntas, es decir a la conformación de un sujeto epistémico (4). La posibilidad de suspender la necesidad práctica y los fines externos significa distanciarse del mundo inmediato y de sus urgencias para poder hacerse preguntas y poder soportar el encuentro con una pregunta para la que no se tiene respuesta (5). Este tránsito conlleva en mí una necesaria reconfiguración subjetiva. En este punto, es pertinente mencionar la hipótesis de Mario Testa relativa a las modificaciones que se producen en las instancias psíquicas de los sujetos que están transitando por este proceso de transformación:

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

[...] La desequilibración que se produce refuerza la articulación yo-superyó y preconsciente-consciente, es decir, los aspectos normativos y decisorios (necesarios para garantizar la rigurosidad de la metodología científica), con el debilitamiento de los aspectos pulsionales e inconscientes, lo que permite – en términos de Bourdieu – ‘objetivar al sujeto objetivante’ (4 p.207).

En mi trayectoria como médico generalista y de familia, estuve interesado desde el comienzo de mi formación en el acompañamiento prenatal, ya que se establece un fuerte vínculo entre la embarazada y el responsable del seguimiento de su gestación, que habilita a trabajar de manera integral el cuidado de su salud y la de su familia. El período de la gestación humana es un momento especial en la vida de la mujer en cuanto su vivencia, ya que su pasado es revisado y su futuro rediseñado. Es un momento de encuentro entre la población y el equipo de salud, con muchas oportunidades de interacción; posibilitando acciones desde la promoción, prevención, e identificación y tratamiento de problemas de la salud. Todo esto ha generado en mí un compromiso por ir tratando de mejorar el proceso de atención de las gestantes en el sistema público de salud, desde la práctica clínica en el consultorio, las actividades de promoción y prevención en talleres interdisciplinarios, y en los últimos años al participar en la toma de decisiones desde la gestión local, muchas veces relacionadas con la problemática del cuidado integral de la embarazada, en el Sistema de Salud Pública de Villa Gobernador Gálvez como subsecretario de salud del municipio.

Es por todo lo expuesto anteriormente, y desde una perspectiva social, que se entiende que esta investigación puede aportar información relevante a diversos actores: al equipo de salud del primer nivel de atención responsable de la atención de las embarazadas, para reflexionar sobre su trabajo cotidiano, a la comunidad como un aporte a la construcción de ciudadanía y a la defensa de sus derechos, a las autoridades responsables para apoyarse en su tarea de gestión en estudios actuales, y a la comunidad científica sumando nuevo conocimiento a partir de las distintas realidades locales en salud.

## II. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Villa Gobernador Gálvez es una ciudad del sur de la provincia de Santa Fe, Argentina, que conforma el aglomerado urbano Gran Rosario (6 p.1). Se encuentra ubicada en la margen derecha del río Paraná, 10 km. al sur del microcentro de la ciudad de Rosario, de la cual está separada sólo por el arroyo Saladillo. Con 84.085 habitantes, es la segunda localidad del conurbano rosarino y la cuarta de la provincia. Se halla a 180 km de la ciudad capital provincial Santa Fe (7).

La ciudad se desarrolló económicamente con un neto perfil urbano-industrial, con fuerte incidencia de la industria de la carne y metalúrgica. Atrayendo a principios del siglo pasado inmigrantes de Europa del Este para las labores en los frigoríficos y migrantes de las provincias del norte de nuestro país para el trabajo en las fábricas. Sin embargo ese desarrollo productivo no se ha traducido a lo largo de las últimas dos décadas en un mejoramiento general de sus distintos barrios, ya que sólo el diez por ciento de la población posee red cloacal, más de la mitad de la población tiene grandes dificultades con el suministro de agua potable, y tres cuartas partes de las calles de la ciudad no tienen pavimento. Tampoco hay servicio público de transporte local, solamente atraviesan la ciudad ómnibus de media distancia que salen y llegan a la vecina ciudad de Rosario.

En la Argentina, como en otros países de la región, las políticas neoliberales implementadas, que tuvieron su mayor expresión en la década de los 90, fomentaron la desregulación y el corrimiento del estado del lugar de garante de la protección social, contribuyendo así a la ruptura de la cohesión social (8).

El 3,63% de la población mayor de 10 años de Villa Gobernador Gálvez es considerada como analfabeta, siendo una cifra superior a la de la provincia (2,46%) y al departamento Rosario (2,08 %). Un 26,4% de los habitantes posee ingresos por debajo de la canasta familiar, habita barrios precarios y tiene las necesidades básicas insatisfechas (1). Se estima, según datos del Instituto Provincial de Estadística y Censos (IPEC), que el 53,69% de la población de la ciudad carece de cobertura social en salud, y la mayoría de la población sin cobertura médica se concentra en el grupo más joven (1).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Además de este colectivo nombrado, se asisten en los efectores públicos de salud personas que sin ser de bajos recursos, no cuentan con obra social, o que a pesar de contar con ésta, por razones económicas (imposibilidad de pago de plus por ejemplo) o de distancias al lugar de atención recurren al Sistema de Salud Pública local.

Este sistema sanitario está conformado estructuralmente por 12 centros de atención primaria de la salud (CAPS) y un hospital de baja complejidad, que no cuenta con servicio de obstetricia, ni servicio quirúrgico (tampoco posee cuidados intensivos neonatales, pediátricos, ni de adultos). Los dos hospitales de referencia regional de derivación para la ciudad que cuentan con estos servicios se encuentran en la zona sur de Rosario, el Hospital Roque Sáenz Peña a 3 kilómetros del centro de Villa Gobernador Gálvez y el Hospital Provincial de Rosario a 7 kilómetros. Ambos con Maternidades Seguras clase II y III respectivamente.

El desarrollo de las instituciones de salud de Villa Gobernador Gálvez en las últimas 2 décadas ha estado condicionado por la cercanía a Rosario. En esa ciudad desde la concepción de la salud pública como un derecho se adoptó un modelo universalista favoreciendo el acceso a la salud de la población, y la conformación de colectivos de gestión ha permitido a los equipos de salud de los CAPS y hospitales, a través de discusiones y consensos, complejizar la mirada sobre el trabajo cotidiano y dar respuestas más eficaces a los problemas de salud de la población articulando en red los diferentes niveles de atención, y priorizando no desde el concepto de *los que viven en la ciudad*, sino desde aquellos que necesitan la atención y con el eje puesto en la accesibilidad (9). Esta proximidad geográfica hizo que muchos habitantes de Villa Gobernador Gálvez hayan elegido atenderse en el sur de Rosario para resolver sus problemas de salud, tanto en sus CAPS como en sus hospitales.

Durante 16 años se mantuvieron diferencias político-ideológicas de los gobiernos de ambas ciudades, esto sumado al libre acceso al sistema de salud rosarino, hicieron posible que durante años no se invirtiera en infraestructura y educación permanente del personal de salud en Villa Gobernador Gálvez, quedaron obsoletos algunos servicios hospitalarios, como el de obstetricia, ya que no reunía los criterios de maternidad segura de la OMS, es decir no contaba con las siguientes capacidades: efectuar cesáreas, brindar anestesia regional y total, transfundir sangre segura, tratar ciertas complicaciones graves como eclampsia, shock y

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

sepsis; asistencia neonatal inmediata, evaluación del riesgo materno feto neonatal y comunicación y transporte oportuno a un nivel con mayor capacidad técnica (10). Todo esto sumado a la negativa de los médicos tocoginecólogos a seguir trabajando en esas condiciones, fue cerrada la maternidad local en el año 2007 y los partos se empezaron a hacer en las dos maternidades de la zona sur de Rosario, captando ambas el 93% de los partos de las ciudadanas de Villa Gobernador Gálvez (7).

Hasta el año 2007 las consultas en los CAPS de Villa Gobernador Gálvez, las prestaciones odontológicas, y algunas prácticas hospitalarias (laboratorio y rayos x) estaban aranceladas, se solicitaba un “bono de colaboración” para la consulta o un “bono para la cooperadora” del hospital para realizar algunas prácticas y así poder comprar insumos. Esta situación es el resultado, entre otras cosas, de las políticas neoliberales aplicadas durante las últimas décadas, acrecentadas en los años 90, en donde la autogestión hospitalaria y el arancelamiento de los servicios acompañaron al corrimiento de las responsabilidades del estado en el sector salud, dificultando el acceso de los más necesitados.

A partir del 2008, con un cambio de autoridades locales, se comenzó a garantizar la gratuidad de todos los servicios de salud del primer nivel de atención, se extendió el horario de atención médica en 9 de los 12 CAPS, con una jornada ampliada de 7 a 18 horas (antes se atendía sólo por la mañana). A mediados de ese mismo año estuvo disponible la atención prenatal en todos los CAPS con seis médicos tocoginecólogos (que hacían hasta el año anterior las guardias hospitalarias), siete médicos generalistas y una obstétrica. Cabe destacar que hay libre elección del profesional para la atención del embarazo. Se identificaron también algunos nudos críticos en los CAPS como: los modos de otorgar los turnos (a las 7 de la mañana y por orden de llegada), la calidad de los registros (uso de un fichero y no historia clínica en algunos), y la comunicación con otros servicios y especialidades tanto locales como de otros hospitales de la región (referencia y contrarreferencia no escrita o incompleta y redes informales de derivación según relaciones personales de cada interconsultor).

Los diferentes efectores de salud pública de la ciudad, los CAPS y el hospital, no se encontraban organizados en una red o en niveles orientados según la complejidad y la capacidad de respuesta, sino que funcionaban como compartimentos estancos con criterios

determinados por cada servicio.

Asimismo, en el período de estudio de este trabajo acontecieron sucesos a nivel local, provincial y nacional que pueden haber impactado directa o indirectamente en la utilización del control prenatal en Villa Gobernador Gálvez: en diciembre de 2007 se firma un decreto del poder ejecutivo municipal que garantiza la gratuidad en la atención en los CAPS de la ciudad, en junio de 2008 se trasladan los médicos tocoginecólogos del hospital a los centros de salud generando una oferta de atención prenatal en todos los efectores del primer nivel, en diciembre de 2009 luego del anuncio de una Política Nacional de Asignación Universal por hijo se incrementaron en un 20% las consultas mensuales en los CAPS con la consiguiente captación de embarazadas, en enero de 2010 la provincia de Santa Fe adhiere formalmente al Plan Nacer y se empieza a implementar en los CAPS el programa que prioriza la calidad de atención de embarazadas y recién nacidos, y en mayo de 2011 se extiende el beneficio de la Asignación Universal a las mujeres embarazadas.

Al comienzo de este estudio se revisaron las estadísticas vitales del Sistema Provincial de Estadísticas de salud de la provincia de Santa Fe, priorizando los datos de mortalidad que son de fundamental importancia para la evaluación de salud, constituyendo estos indicadores una de las formas más seguras y completas para el análisis de la situación sanitaria (2).

Se examina entonces el nivel de mortalidad infantil ya que es considerado como un indicador del grado de desarrollo de las condiciones de vida prevalecientes en una población y se utiliza en la evaluación de la situación de salud (11).

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año (12).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Existe un grupo de factores que influyen y determinan el nivel de la misma: biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, de atención de la salud y geográficos. La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año.

En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas, como también la atención de la salud (salud de la madre, control de embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida). En la mortalidad postneonatal tienen mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño (13).

En Santa Fe, se examina la mortalidad infantil el año previo al inicio del estudio. Por el volumen poblacional de los departamentos Rosario y La Capital, el 34,9% de las defunciones de menores de 1 año corresponden al primero y el 16,8% al segundo, sumando ambos 51,7% de las defunciones infantiles de la provincia, presentando las respectivas tasas de mortalidad infantil (TMI): 10,7‰ y 11,3‰ nacidos vivos (2).

Para la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, la TMI para el año en estudio fue de 16,2‰, se encuentra dentro del departamento Rosario también, pero con indicadores sociodemográficos y un sistema de salud diferente al de la ciudad de Rosario, esta proximidad geográfica hace que en algunas oportunidades se hagan lecturas epidemiológicas por departamentos en donde se invisibiliza la problemática local de salud.

Se observa en estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en regiones de Latinoamérica y el Caribe donde la mortalidad es menor al 25‰ nacidos vivos el componente neonatal es mayoritario (70-80%) (14). La rápida reducción de la mortalidad infantil se produce especialmente a costa del componente tardío (mortalidad postneonatal). En la provincia de Santa Fe, durante el año precedente al estudio el componente neonatal representó el 66,7% del total.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 1. Tasa de mortalidad neonatal por mil nacidos vivos en Villa Gobernador Gálvez, Rosario, provincia de Santa Fe, y Argentina. Años 2005, 2006, 2007.

Tasa de mortalidad neonatal	Villa Gob. Gálvez	Rosario	Santa Fe	Argentina
2005	11,5	8,3	8,1	8,9
2006	7,7	7,7	7,3	8,5
2007	8,1	6,5	7,8	8,5

Fuente: elaboración propia basada en datos del Sistema de Información del Ministerio de Salud. Gobierno de Santa Fe (15), Estadísticas Vitales Provincia de Santa Fe Años 2005 (16), 2006 (17), 2007 (2), y Estadísticas Vitales. Información Básica-2005 (18), 2006 (19), 2007 (13) del Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

A su vez las defunciones neonatales se las puede dividir en precoces: ocurridas antes de los 7 días, y tardías: ocurridas entre los 7 y 27 días (12), las primeras representan en Villa Gobernador Gálvez el 73,6% de las defunciones neonatales en los años anteriores al estudio. La mortalidad neonatal precoz es la que está más relacionada con la atención del embarazo y el parto (11,20).

Se calcula a partir de los datos suministrados por el Sistema de Información del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (SIMS): defunciones de menores de 1 año por Nodo (lugar de residencia de la madre) para la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, y se construye el indicador mortalidad neonatal tomando también el número de defunciones neonatales precoces y tardías del SIMS, y el número de nacidos vivos de las estadísticas vitales de la Dirección General de Estadística. Se evidencian tasas mayores que en la ciudad de Rosario y que en la provincia para esos años. Dado que la magnitud del denominador es próxima a 1000 nacimientos, en la próxima tabla se hace referencia también al número de casos.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 2. Fallecidos de 0 a 27 días, nacidos vivos, y tasa de mortalidad neonatal precoz y tardía (por 1000 nacidos vivos) en Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Años 2005, 2006, 2007.

Villa Gobernador Gálvez	2005	2006	2007
Nacidos vivos	1385	1424	1355
Fallecidos de 0 a 27 días	16	11	11
Tasa de mortalidad neonatal	11,5	7,7	8,1
Fallecidos de menos de 7 días	13	9	6
Tasa de mortalidad neonatal precoz	9,4	6,3	4,4
Fallecidos entre 7 y 27 días	3	2	5
Tasa de mortalidad neonatal tardía	2,1	1,4	3,7

Fuente: elaboración propia basada en datos de Sistema de Información del Ministerio de Salud. Gobierno de Santa Fe (15), Estadísticas Vitales Provincia de Santa Fe Años 2005 (16), 2006 (17), 2007 (2).

Se definen diferentes causas de muerte para el período neonatal, dos grandes grupos de causas integran esta clasificación: reducibles (incluye las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse, en función del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas, fundamentalmente a través de los servicios de salud) y difícilmente reducibles (incluye las defunciones que en la actualidad no se pueden disminuir) (13).

La clasificación de las causas de muerte según criterios de reducibilidad tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las actividades en salud (13).

En la provincia de Santa Fe, para el año 2007, según los criterios de reducibilidad, implementados a partir de la décima revisión de la CIE-10, el 46,2% de las causas que originan la mortalidad neonatal son reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno, predominando dentro de este grupo las reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el embarazo (2).

Es aquí donde en este trabajo se pensó en hacer foco en el embarazo, como una temática a profundizar en el estudio de la realidad local.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Con respecto a los criterios de reducibilidad se utilizó la clasificación de Taucher, que es un instrumento útil para evaluar la cobertura y calidad de atención en los servicios de salud tanto a nivel local como nacional (11). En la Argentina esta clasificación comenzó a usarse a partir de 1985, esto permitió que los datos elaborados de esta forma pudieran ser utilizados para orientar las acciones en el área materno infantil, y dar soporte a la planificación y programación de actividades y servicios (13).

Las causas reducibles son las que se podrían disminuir con los conocimientos actuales, con acciones sencillas y de bajo costo. Se observa en las defunciones neonatales que un gran porcentaje de causas corresponden esta categoría, y el CPN es una de las estrategias que apunta a reducirlas.

El VI Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño señala que la mortalidad neonatal disminuye si la primera visita prenatal se realiza precozmente, si los controles durante la gestación son suficientes y si la mujer es atendida durante el parto en un servicio hospitalario adecuado (21).

### III. ESTADO DEL ARTE

De acuerdo a la pregunta orientadora ¿cómo se utiliza el control prenatal? se inicia una revisión de la literatura. Se trabajó con la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud, que utiliza como fuentes LILACS, IBECS, MEDLINE, PAHO, WHOLIS, Biblioteca Cochrane, SciELO, entre otros; y también con la Red de revistas científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal (REDALyC).

Se utilizaron las palabras claves (en forma de descriptores o de palabras): control prenatal, atención prenatal, cuidados prenatales, evaluación en salud y desigualdades en la salud. También se utilizó el calificador utilización. El número de trabajos se amplió mediante la identificación de estudios citados en revisiones, en referencias citadas en artículos, y a través del contacto con algunos de los autores.

En los párrafos siguientes se describen los aspectos más relevantes encontrados en la bibliografía acerca de la utilización y evaluación del control prenatal, así como las desigualdades en el acceso al mismo.

Considerar a la utilización de servicios de salud desde una perspectiva amplia significa reconocer que en ella convergen no sólo la necesidad de atención, sino las experiencias pre-existentes de la población, sus creencias y aspectos culturales pero, sobre todo, el complejo contexto en que se da la prestación de servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios (22).

Acceso y utilización de servicios de salud son conceptos que se relacionan entre sí. El acceso es una noción compleja que cambia a lo largo del tiempo de acuerdo con el contexto. Por otro lado la utilización de servicios de salud es una expresión del acceso, pero que no está justificada solamente por éste, puesto que en la utilización intervienen factores tanto individuales como del entorno (23); la utilización también representa el centro de funcionamiento del sistema de salud (22).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Las diferencias en los patrones de utilización de servicios de salud son reflejo de distintos tipos de necesidades de atención. Las poblaciones más vulnerables tienen una mayor morbilidad y mortalidad, la mayor utilización en estos grupos estaría mediada por una necesidad en salud más acentuada (24).

Las mujeres, además de los problemas que comparten con los varones, generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas al embarazo, el parto, y el puerperio. Pero la mayor utilización de servicios por parte de ellas no es una constante en todos los grupos sociales, por el contrario estas diferencias están mediadas por factores como ingreso económico, edad y lugar de residencia, así como variables ligadas a la organización de los servicios (25).

En casi todos los estudios sobre utilización de la atención prenatal se considera que la situación socioeconómica juega un papel fundamental. (26,27). Los grupos con menor probabilidad de recibir atención prenatal adecuada son los que se relacionan con condiciones socioeconómicas más desfavorables (28,29).

Mujeres que viven en condiciones de pobreza, que pertenecen a minorías sociales, que están solteras, que se ubican en los extremos de la edad reproductiva y son multíparas utilizan menos este tipo de servicio de salud. Por esa razón, en estos grupos la frecuencia de pérdida fetal, nacimientos prematuros, morbilidad materna y mortalidad infantil es más elevada que en estratos socioeconómicos más altos (26).

Una inadecuada utilización del control prenatal está asociada a factores indicativos de persistencia de desigualdad social, mostrando que los grupos socialmente más vulnerables reciben atención prenatal deficiente, evidenciando la ley de inversión del cuidado médico, donde los recursos para la atención son distribuidos inversamente a las necesidades de salud (30).

En relación a la atención prenatal en general, se sostiene que la mortalidad neonatal constituye un indicador de calidad de la atención materno-infantil, y además un problema de salud a nivel mundial (20).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Con respecto a la adherencia de la embarazada a los controles prenatales, ésta comprende tanto la asistencia a la consulta como también la posibilidad de realización de las indicaciones dadas. Las gestantes de estratos sociales altos realizan mejores CPN, algunas incluso con excesiva medicalización (31) y las de estratos bajos asisten a menos controles, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse otros exámenes relacionados (32,33).

En Argentina un gran porcentaje de madres tiene atención del parto apropiada, más allá de la situación socioeconómica, pero el porcentaje de mujeres con atención prenatal adecuada aumenta cuando el nivel de ingreso económico es mayor (34).

Téngase en consideración que, dentro de las características sociodemográficas, hay una asociación positiva entre años de estudio y utilización de servicios de salud, sobre todo en las consultas preventivas como el CPN (24). El mayor nivel de escolaridad se asocia a mayor conocimiento de la disponibilidad de servicios de atención, y beneficios del estado de salud (33).

Datos recogidos por el Sistema Informático Perinatal (SIP) de todo el país muestran que el promedio de controles por embarazada fue de 4,8; alcanzando casi los 5 controles consignados en las guías nacionales, no obstante, un 33% de las embarazadas llega al parto sin alcanzar los 5 controles. Sólo el 29% de las ellas comienza a controlar su embarazo en el primer trimestre de la gestación, un 29% comienza a controlarse en el segundo trimestre y un 12,6% lo hace en el tercero, y el 8,6% no se controla. En tanto la captación institucional del subsector oficial para atender el nacimiento sigue siendo alta. De igual modo casi la totalidad de los nacimientos en este ámbito son asistidos por personal capacitado (35,36).

Si se analizan algunas variables que se relacionan con el proceso de atención de la embarazada como: serología luética (reacción VDRL), vacunación antitetánica y factor Rh materno, se observa que llegan al parto un 8,8% de embarazadas desconociendo sus situación serológica respecto de la sífilis, un 12,3% llega al parto en situación de susceptibilidad para el tétanos y un 6,6% desconociendo su grupo y factor Rh, del mismo modo un 26,9% de las gestantes no fue evaluada respecto a un problema relacionado básicamente con la atención

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

como la anemia asociada al embarazo. Al medir estos indicadores del CPN surge la necesidad de mejorar los mismos en los aspectos: cobertura, periodicidad, precocidad y completud. Las mejoras en estos aspectos se relacionan estrechamente con el fortalecimiento de estrategias ligadas a la Atención Primaria de la Salud (APS) (35,36).

También se detectan otras deficiencias en el control prenatal, como la poca inserción de estrategias educativas, que podrían ser resueltas mediante una vinculación con mayor compromiso social del equipo profesional de salud con la población (37,38).

Respecto a la evaluación de la utilización de servicios de salud, el Comité para el monitoreo del acceso a servicios de salud del Instituto de Medicina de Estados Unidos, en la década de los 90, propone que el acceso sea definido como la utilización de servicios de salud en un tiempo adecuado para la obtención del mejor resultado posible, en este caso no se refiere a cualquier uso sino a un uso cualificado. En un abordaje semejante, la OMS propuso un nuevo indicador de evaluación de desempeño de los sistemas de salud que denominó cobertura efectiva (39,40). También la OPS ha desarrollado índices para la evaluación de desigualdades sociales y salud materno-infantil en países de Latinoamérica, que valoran el uso de estos servicios de salud (41,42).

En algunos países de la región se ha evaluado la utilización del CPN en forma comparativa de acuerdo a su afiliación al sistema de seguridad social o no, y en términos de acceso y calidad de atención (43). En otros se está dando una experiencia de evaluación sistemática del CPN como el programa de Humanización del prenatal y el nacimiento, instituido desde el año 2000 en Brasil, proyecto acompañado también de una informatización de los datos, que genera indicadores de proceso que permiten evaluaciones cuantitativas (e indirectamente cualitativas) del seguimiento de la gestación (44).

En Argentina, un estudio realizado por Grandi sobre la evaluación de los requisitos básicos del CPN recomendados para disminuir el daño perinatal señala que hay graves deficiencias a partir de fallas estructurales en la cobertura, precocidad y periodicidad. Una fracción importante de las embarazadas nunca controla su gesta, asimismo el número de

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

controles es bajo y existe una tendencia a un inicio tardío del control del embarazo que se ubica hacia el final del segundo trimestre (45).

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **Desigualdades sociales, desigualdades en salud**

En las investigaciones sobre desigualdades se observa una gran pluralidad de significados en torno a los términos utilizados, varía según la referencia teórica de cada uno de los autores, y en algunos casos es poco precisa. En este trabajo se utiliza la definición de Almeida-Filho que considera al término desigualdad como una evidencia empírica de inequidad (46). Las desigualdades en salud se basan en el principio de equidad, que incorpora la dimensión de justicia social, conforme fue concebido por Whitehead quien asume a la inequidad como desigualdades injustas, innecesarias y evitables (47).

Las desigualdades en salud se distribuyen de manera diferencial tanto desde el punto de vista geográfico como de las desigualdades sociales específicas, ya que los grupos poblacionales habitan en un espacio social, construido a través de un proceso histórico, que es una expresión de las condiciones de vida de esa población (46).

En Argentina, las políticas económicas neoliberales desarrolladas hace dos décadas, generaron una gran recesión económica y alta desocupación, originando una progresiva concentración de la riqueza por grupos reducidos creando una importante brecha de desigualdades y exclusión social, esto produjo cambios importantes en el perfil socioeconómico de la población general, acentuándose en algunas localidades en particular, como es el caso de Villa Gobernador Gálvez.

Al profundizar el análisis sobre desigualdades en salud nos encontramos que en América Latina continúan con problemas de calidad los sistemas de información, esto dificulta la elaboración de estudios sobre desigualdades, sobre todo a nivel local; de todos modos el problema de relación entre condiciones de salud y desigualdades sociales no tiene sus nudos críticos en la necesidad de crear nuevos indicadores (48,49).

El posicionamiento frente a las desigualdades en salud es de poder transformar esta problemática, teniendo en cuenta que desde las acciones en salud es posible construir

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

ciudadanía, luchar por derechos, intervenir en cuestiones puntuales del proceso de salud-enfermedad-cuidado, direccionando los esfuerzos hacia la promoción de la participación y el protagonismo social en general, entendiendo que no todo está sobredeterminado macroestructuralmente, sino que lo micro refleja la complejidad de lo macro en un abordaje posible para los trabajadores de la salud (50). Es en el espacio local, donde la gran mayoría de los trabajadores de salud de América Latina, son “actores en situación” (48 p.17), el desafío es la constitución de sujetos sociales que a través de su proceso de trabajo en un marco democrático, busquen acumular poder para introducir cambios en el sector, y a su vez este cambio permita modificar el poder fuera del sector (51).

### **El control prenatal**

La atención prenatal es una respuesta organizada de los servicios de salud para el acompañamiento de la mujer embarazada, se extiende desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto (52).

El objetivo principal de la atención a la embarazada es seguir el desarrollo de la gestación desde el inicio y detectar rápidamente cualquier anomalía que pueda presentarse, para realizar su adecuado tratamiento (53). Con el CPN se espera captar y tratar oportunamente situaciones que aumenten la morbimortalidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir en la salud y el bienestar de la madre e hijo, los más frecuentes son hemorragias, infecciones, preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo (54). La segunda comprende afecciones propias del neonato como prematuridad, asfisia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer (BPN) y síndrome de dificultad respiratoria (55). Estos eventos pueden agravarse y llevar a una discapacidad severa o la muerte tanto de la madre como del niño, desencadenando otros problemas relacionados con la dinámica familiar y social.

Se entiende por CPN (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de entrevistas o visitas programadas de

la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto (3).

Desde una mirada biológica, para que esta actividad sea beneficiosa para la gestante, debe iniciarse luego de la sospecha de embarazo, porque aunque la gestación sea un proceso fisiológico normal expone al organismo femenino a límites patológicos (52).

En general, para realizar un CPN adecuado, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado. El control prenatal adecuado en cantidad, contenidos y oportunidad, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar (3). Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos cuarenta años que aplicado en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.

En cuanto al enfoque de riesgo que utilizan las guías para el CPN, éste se fundamenta en que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, para algunos esta probabilidad es mayor que para otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para mujeres de bajo riesgo, o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo, sólo para aquellas con una alta probabilidad de sufrir problemas relacionados a la gestación. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico, ya que el alto o bajo riesgo se asocia con alta o baja posibilidad de que suceda un daño, y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre está definida. En algunos casos deriva claramente de un factor, pero en otros la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso de cada uno de ellos (56).

Desde la epidemiología se ha definido al riesgo como la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, agravio, muerte o condición relacionada a la salud (incluyendo cura, recuperación o mejoría), en una población o grupo, durante un período de tiempo determinado (57 p.90). La idea de probabilidad leída de un modo objetivo, racional y determinado en forma precisa por técnicas probabilísticas, permite abordarlo desde marcadores que apuntan a la predicción de morbimortalidad futura. De este modo se podría identificar, contabilizar y comparar individuos o comunidades con relación a las exposiciones a distintos factores y proporcionar intervenciones preventivas (58).

El CPN debe cumplir con cuatro requisitos básicos (para poder disminuir el riesgo referido anteriormente): ser precoz, periódico, completo, y de amplia cobertura (59-61).

**Precoz:** tratando de que la primera consulta sea antes de las 20 semanas de gestación, y si es posible en el primer trimestre. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además permite la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo.

**Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada (las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo), pero deben realizarse con una frecuencia regular a lo largo del embarazo.

**Completo:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

**Amplia cobertura:** Sólo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

Con respecto al número total de consultas para embarazadas, la gran mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, junto con el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, hace tiempo que redujeron los tradicionales 8-12 controles y adoptaron en sus normas los 5 controles propuestos por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (CLAP-OPS/OMS) en 1988. Esta propuesta de 5 controles

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

prenatales fue respaldada por los resultados de un estudio multicéntrico llevado a cabo por la OMS en 2001 (62).

El CLAP en sus guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS propone un número de cinco consultas que permiten el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr un CPN adecuado (59). Estas actividades incluyen exámenes clínicos, estudios complementarios, medidas profilácticas y tareas educativas, programadas para cada visita según la cronología del embarazo. Generalmente esta tecnología está disponible en el primer nivel de atención de salud: los CAPS.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Cuadro 1. Cronología de las actividades básicas para las consultas prenatales.

Actividades	Semanas de consultas				
	Antes de Las 20 (*)	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Prueba de embarazo	X				
Cálculo de la amenorrea	X	X	X	X	X
Historia clínica perinatal y evaluación de riesgo	X	X	X	X	X
Examen clínico completo	X				
Peso corporal	X	X	X	X	X
Talla	X				
Investigar estilos de vida de riesgo	X	X		X	
Detectar susceptibilidad a la Rubéola	X				
Vacuna antitetánica (**)		X	X		
Examen odontológico	X				
Examen de mamas	X				
Ex. ginecológico, PAP, colposcopia (***)	X				
Grupo sanguíneo y factor Rh	X				
Detectar toxoplasmosis	X		X		
Detección VIH	X			X	
Determinación de hemoglobina	X		X		
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X
Detección Sífilis	X			X	
Detección de Chagas	X				
Detección de Paludismo	X				
Cultivo de orina	X		X		
Detectar diabetes	X			X	
Detectar infección por Estreptococo B				X	
Contenidos educativos para el parto y la lactancia	X	X	X	X	X
Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal.		X	X	X	X
Evaluación del líquido amniótico		X	X	X	X
Diagnóstico de vida fetal		X	X	X	X
Evaluación de la capacidad pelviana					X
Consejería y provisión de anticoncepción					X

(\*) Las actividades programadas para la primer visita se deberán hacer siempre, independientemente de la edad gestacional al momento de la consulta

(\*\*) Si se sospecha que la gestante no volverá o porque así lo indica la norma nacional se podrá vacunar antes de la semana 20

(\*\*\*) Lo más precozmente o según norma nacional.

Fuente: Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello J, Martínez G, Serruya S. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2a ed. Montevideo: CLAP/SMR Publicación Científica N° 1573; 2010 (59).

Se debe considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. En nuestro país muchas mujeres, especialmente las adolescentes y mujeres de condición socioeconómica baja, reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal; además, este contacto del sistema sanitario con las mujeres y su familia son fundamentales para promover la salud en los futuros padres (incluidos los varones), y para generar un vínculo con el equipo de salud (56).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

En Argentina, está normatizada la atención prenatal a través de la Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal (56). Esta es una publicación enfocada a la promoción y prevención de la salud perinatal, que sostiene que, desde las perspectivas de los servicios de salud, la implementación de políticas activas para aumentar las coberturas en la población gestante debe ir necesariamente acompañada por la mejoría de la calidad de las prestaciones. En este documento se afirma que en el país más del 98% de los partos son institucionales, en cambio la cobertura médica para el control prenatal aún es baja, para el subsector público se estima que el 78% de las embarazadas llegan al parto con alguna consulta prenatal realizada, muchas de las cuales no reúnen los requisitos aceptables en cuanto a su precocidad, cantidad e integralidad. Sólo el 30% de los controles se inicia durante el primer trimestre de la gestación. La compleja problemática que reflejan estas cifras se encuentra atravesada por una historia de políticas endebles para impulsar el cuidado integral de la salud de la mujer en el contexto de la atención primaria de la salud. Aún es escasa la articulación entre actividades de promoción de la salud desarrolladas en las comunidades y los servicios de salud del primer nivel de atención, y de estos con las maternidades que concentran la atención de los partos. Esta realidad se ve agravada además por la condición de pobreza de muchas familias (56).

Además de la mejoría en los indicadores de salud que pueden asociarse con la inclusión del control prenatal extensivo, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir, pero no menos importantes: alejar la dudas de las embarazadas, despejar los miedos y tabúes respetando las pautas culturales, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, y lograr mayor acercamiento y confianza al equipo de salud (59).

El CPN es una estrategia, respaldada por los organismos internacionales, para ofrecer una atención adecuada a la embarazada y disminuir la morbilidad y la mortalidad de mujeres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco es lo que se ha profundizado en el conocimiento de cómo éstos se materializan en acciones concretas en el escenario local de la atención en salud, donde no todas las gestantes acceden al CPN, ni

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

asisten con periodicidad al mismo, y no se logran completar a veces las actividades mínimas propuestas para realizar el control prenatal (63).

### **Acceso y utilización de servicios de salud**

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los usuarios y los servicios de salud. Este vínculo surge de la combinación entre las condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de la población, y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (8).

Clásicamente a la accesibilidad se la ha definido como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, y se consideran cuatro dimensiones en su conceptualización: geográfica, económica, administrativa y cultural. Este concepto fue forjado en los años 60, con una mirada centrada desde los servicios, y entendido como un problema de oferta en donde sería necesario eliminar las barreras que se pudieran interponer entre la población y éstos. Las barreras geográficas, se referían a accidentes geográficos del suelo o a una barrera material construida por el mismo hombre. Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como para comprar medicamentos, entre otros. Las barreras administrativas expresaban los obstáculos que impone la organización misma de los servicios, como los horarios de atención o los turnos. La barrera cultural se centraba en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una dificultad en el acceso (64).

Para considerar el concepto de accesibilidad en su complejidad, debe incluirse en el análisis su dimensión relacional. Se hace necesario entonces pensar en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se estructuran en representaciones y prácticas de la población, dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización (65).

La utilización de servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso social dinámico y complejo que pone en contacto a los actores: población y equipo de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada (66). Se considera que la

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

utilización asume diferentes patrones según el contexto institucional y social en que se desenvuelven tanto población como sistema de salud, e implica una interacción entre ambos en un marco de realidades objetivas y subjetivas, necesarias para el logro de objetivos comunes: el mantenimiento o la recuperación de la salud.

En general el comportamiento del usuario que procura cuidados es el responsable del primer contacto con los servicios sanitarios; y los profesionales, que lo conducen dentro del sistema, definen el tipo y la intensidad de recursos necesarios para resolver sus problemas de salud en las visitas subsiguientes (23).

En un enfoque ampliado, la utilización y sus determinantes tienen mucho que ver con el estudio de la accesibilidad, es más, algunos autores afirman que bajo este enfoque el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de servicios (67), considerando a la utilización como una sucesión de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa el uso de servicios de salud.

Esta sucesión de acontecimientos es lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, dando lugar al diseño de distintos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso de los servicios de salud. De esta manera, encontramos los modelos: epidemiológico, psicosocial, social, y económico (66).

El modelo epidemiológico se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como una alteración en la salud y el bienestar que requiere de servicios y recursos para su atención. La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, a los cambios en dichos factores y a los cambios en el significado social de la enfermedad (68).

El modelo psicosocial se basa en el concepto de comportamiento en salud, o sea la actividad que realiza una persona que cree está sana con el propósito de prevenir la enfermedad. Considera que la decisión de buscar salud es un proceso en el cual el usuario atraviesa una serie de estadios o fases con una secuencia lógica, este modelo no intenta

proporcionar una explicación exhaustiva de todas las acciones de salud, sino que trata de especificar algunas variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento de los actores en el área salud. Como modelo basado en las creencias en salud, se plantea como limitante el hecho de que las decisiones para la búsqueda de servicios de salud se basen en un comportamiento lógico y racional, sin tener en cuenta los factores subjetivos y culturales en que se toman estas decisiones (69).

Existen varios modelos sociológicos que explican la utilización de los servicios desde la óptica de la búsqueda de atención, trabajan con lo que se ha dado en llamar red de relaciones sociales, de acuerdo a esto los determinantes fundamentales de la utilización de los servicios de salud están dados por redes sociales (individuo, familia, amigos). Por lo tanto los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud enfermedad y la disponibilidad de servicios, determinarán las actitudes a tomar sobre la enfermedad y su tratamiento, así como la red que se activará (66).

Uno de los modelos sociológicos, es el propuesto por Andersen que consiste en relacionar 3 tipos de factores para dar explicación a los patrones de utilización de los servicios de salud basados en: la predisposición para utilizar los servicios (factores predisponentes), la facilidad para obtenerlos (factores capacitantes) y nivel de enfermedad (factores de necesidad) (70).

Los factores predisponentes incluyen características sociodemográficas como composición familiar, edad, sexo, estado civil, estrato social, ocupación; y las asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad. Los factores capacitantes se refieren a condiciones que garantizan la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, abarca los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica dividiéndolos en: recursos familiares (ingresos, obra social) y recursos comunitarios (servicios de salud disponibles). Los factores de necesidad varían en función de los factores predisponentes y capacitantes, y se evalúa según el estado de salud desde dos perspectivas: necesidad percibida por el usuario, en función de número de días de incapacidad o de la percepción de la alteración del estado general de salud; y necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos (70).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Este autor explica además que las relaciones del sistema a nivel macro permiten entender el uso de los servicios. También propone que en la utilización hay que considerar varios aspectos: la política de salud que se dé en un sistema definirá las características de los servicios, que sumado a las características de la población, determinarán el uso de los mismos. En este sentido el modelo desarrollado comprende dos dimensiones: variables de proceso (política de salud, características de los servicios y características de la población); y variables de resultado (utilización real de los servicios). Dichas variables se encuentran en constante relación e interacción (23,69,70).

Los modelos económicos para explicar la utilización de los servicios de salud abarcan dos grandes grupos: modelos basados en el análisis de la demanda, y modelos basados en la teoría del capital humano. Sostienen que las personas utilizan los servicios por ser un bien de consumo que da satisfacción, o por invertir en su salud para tener más tiempo de vida (66).

Es necesario señalar que la condición de salud percibida por la población de un área y su interacción con los servicios de salud ofrecidos, es una realidad compleja que debe analizarse en función de las características propias de cada localidad, también la estructura del sistema de salud condiciona a la población en la utilización de los servicios en cierta forma regulando la demanda. Es importante destacar que elementos propios del sistema de salud (oferta) son pasibles de cambiar mediante una intervención gubernamental o institucional, en cuanto sólo algunas de las características de los individuos son pasibles de cambio por estas acciones (23). Esta realidad compleja de la utilización de los servicios de atención médica dificulta la elaboración de un modelo integrador que pueda comprender todos y cada uno de los determinantes característicos de la utilización (66).

## **Evaluación en salud**

La evaluación es interpretada como una actividad programada de reflexión sobre la acción que se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre las actividades realizadas (71).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Para evaluar es necesario hacer comparaciones, sobre la base de las cuales se emitirán juicios, cualquiera sea el objeto de la evaluación se lo contrastará con un parámetro que constituye lo deseado, lo previsto, lo correcto (72).

En tanto reflexión, implica tomar distancia de la acción misma, para considerar a ésta como objeto de análisis. Cuando se afirma que la evaluación se basa en procedimientos sistemáticos, básicamente se alude al hecho de que supone una metodología y técnicas para la recolección y el análisis de la información relevante que alimentará la reflexión y fundamentará con argumentos y evidencias los juicios valorativos que se emitan acerca de las actividades evaluadas (72).

Cuando se comienza a pensar en evaluar, en realidad se está pensando que algo cambie en la forma en que se vienen haciendo las cosas. El propio proceso evaluativo implica transformación. Evaluar incluye incrementar el conocimiento a partir de la práctica, es decir transformar la información recolectada en nuevo conocimiento (73).

La evaluación fundamenta sus juicios en el análisis de un conjunto sistemático de datos. En un principio se ponen en claro cuáles serán los grandes aspectos a considerar, luego se definen las variables y los indicadores correspondientes, y después se obtienen los datos pertinentes usando determinadas técnicas e instrumentos. La selección de indicadores deberá realizarse teniendo en cuenta criterios de factibilidad para conseguir la información respectiva. Asimismo, es necesario que éstos cumplan con los requisitos de validez, de sensibilidad, de especificidad y de confiabilidad, para que la información resultante sea útil. Por otra parte se contemplarán aspectos éticos en su obtención y utilización, tanto la recolección de información como su procesamiento y difusión resguardarán los derechos de las personas al anonimato (72).

Tradicionalmente la evaluación en salud analiza las estructuras de programas, cómo ellos se realizan procesalmente, y cuáles son sus resultados. El estudio de las estructuras contiene información sobre recursos físicos, humanos, materiales, formas de organización y funcionamiento, especificación de equipamientos, y tecnologías disponibles. La evaluación de los procesos apunta a las actividades realizadas por los proveedores de la intervención,

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

incluyéndose en ella los componentes técnicos y las relaciones interpersonales. El análisis de los resultados se refiere a los efectos y a los productos que las acciones provocan (74).

En base a este modelo propuesto inicialmente por Donabedian, la evaluación de estructuras, procesos y resultados se puede aplicar a la atención materna perinatal. La evaluación de estructuras incluye recursos, organización, calificación del personal. El proceso se evalúa considerando si cada actividad de tamizaje, prevención, diagnóstico y tratamiento es utilizada en forma correcta y para el propósito adecuado. Los resultados del proceso de atención en perinatología se discuten tradicionalmente en términos de mortalidad y morbilidad (75).

Cabe aclarar que en las evaluaciones de servicios, las intervenciones en salud no necesariamente se relacionen con los resultados esperados ya que se entiende que estos dependen de otros factores que están lejos de ser afectados por reordenamientos propios de los servicios de salud, y que están directamente relacionados con el contexto social (43).

Las distintas formas de definir los abordajes, dimensiones y atributos para la evaluación reflejan, en alguna medida, las elecciones teóricas de los autores, que son tantas como los posibles puntos de vista sobre un problema; corresponden a las posiciones que los autores ocupan en el espacio social y los campos a los que pertenecen, a su formación teórica y a su trayectoria social (76 p.22).

En esta investigación, el enfoque que se intenta dar a la evaluación de la utilización del CPN (desde una perspectiva de las desigualdades en salud), trata de contraponerse a una lógica difícil de cambiar en las prácticas profesionales, en la cual el saber técnico descontextualizado constituye una cultura de cómo abordar los problemas, donde el saber establecido no sólo no se discute, sino que se potencia a través de nuevos programas, que tampoco cuestionan la concepción del sujeto objetivante (77,78).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar la utilización del CPN en la población gestante usuaria del sistema público de salud de Villa Gobernador Gálvez en el período 2008-2011.

### **Objetivos específicos**

Caracterizar sociodemográficamente a la población de embarazadas que utiliza el Sistema de Salud Pública de Villa Gobernador Gálvez.

Determinar el grado de adecuación de los CPN a sus requisitos básicos (precocidad, continuidad, completud y amplia cobertura).

Estudiar la existencia de desigualdades en la utilización del CPN a partir de los resultados perinatales en este municipio.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

## **VI. METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, basado en fuentes secundarias y de abordaje predominantemente cuantitativo.

### **Población**

Universo: Total de registros ingresados en la historia clínica perinatal del SIP de: embarazadas de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez que utilizaron el sistema público de salud de esa ciudad para controlar su embarazo y tuvieron su parto durante el período 2008-2011 en la Maternidad del Hospital Provincial de Rosario o la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña.

Criterios de inclusión: gestantes registradas en el SIP de ambas maternidades con controles prenatales en el Sistema de Salud Pública de Villa Gobernador Gálvez, o sin controles previos pero con domicilio en esa ciudad. Mujeres con partos domiciliarios en Villa Gobernador Gálvez que posteriormente son llevadas a la maternidad de referencia.

Criterios de exclusión: inconsistencia de datos en el registro de la información.

Con respecto al período de estudio se tuvo en cuenta el hecho histórico del cierre de la maternidad de Villa Gobernador Gálvez en el año 2007 por lo que se decide estudiar a partir del 2008 en adelante a las 2 maternidades que concentran desde ese entonces prácticamente la totalidad de los partos de esa ciudad.

La unidad de análisis del trabajo es la historia clínica perinatal del SIP.



Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

## **Fuente de datos**

Se definió en esta investigación tomar como fuente secundaria las bases de datos del SIP de las dos maternidades de referencia para la ciudad de Villa Gobernador Gálvez: la del Hospital Roque Sáenz Peña y la del Hospital Provincial de Rosario, que reúnen la información relacionada con el CPN, el parto, y el recién nacido. Además contienen variables (no todas) relacionadas con las características sociodemográficas de las usuarias, ya que parte de la información sociodemográfica relacionada con el censo nacional del año 2010 correspondiente a la provincia de Santa Fe no se encuentra disponible aún a dos años de haberse realizado.

En el municipio en estudio se encontraron algunas limitaciones como la baja calidad, disponibilidad, y actualización de los datos de los sistemas de información en salud, lo que motivó la decisión de utilizar el SIP como fuente de datos para este trabajo.

El SIP permite ingresar las historias clínicas perinatales y realizar el procesamiento de datos en el mismo lugar donde se presta la atención del parto. De esta manera los equipos de trabajo pueden procesar datos y producir información para ser utilizada en la evaluación de la asistencia, en la toma de decisiones, así como también realizar investigaciones en servicios de salud (36).

También se apeló al uso de los sistemas de información geográfica (SIG) como instrumento tecnológico para medir desigualdades de salud e identificar grupos y áreas con mayores problemas a escala local (80).

## **Recolección y organización de los datos**

Mediante la solicitud directa a la Dirección de Bioestadística de la Secretaría de Salud Pública de Rosario se obtiene la base de datos del SIP de la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña correspondiente al período de estudio. Y a través de la autorización de la

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Dirección del Hospital Provincial de Rosario se accede a las bases SIP de su maternidad facilitado por el Departamento de Informática. El mapa digitalizado con las manzanas y ejes de la planta urbana de Villa Gobernador Gálvez para georreferenciar se solicitó al IDESF (Infraestructura de Datos Espaciales de Santa Fe) y fue suministrado a través del Departamento de Cartografía del IPEC.

Cabe mencionar que la carga de datos del SIP del Hospital Provincial de Rosario estuvo básicamente centralizada por años en una sola persona, quien por razones de salud toma una licencia prolongada en su trabajo durante parte del 2011, por lo cual los datos correspondientes al segundo semestre de ese año no se cargan en ese momento. Cuando comienza el año 2012 el servicio decide poner a un personal contratado a fin de cumplir con esa función, que comienza a cargar y a llevar al día los datos del SIP, pero a partir de 2012. Se conversa esta situación con los responsables de esa área y se espera un tiempo razonable hasta finales de 2012 para ver si se cargan los datos correspondientes a la segunda mitad del 2011 del SIP. Finalmente se resuelve tomar como límite para este trabajo hasta el primer semestre de 2011 de las dos maternidades en estudio para poder unificar el análisis.

La base de datos del Hospital Roque Sáenz Peña estaba cargada en el SIP 2000 versión 1.45. Los datos correspondientes a la maternidad del Hospital Provincial de Rosario hubo que convertirlos de la vieja versión en DOS 1.5 del SIP a la versión 3.2.0 SIP 2007, allí estaban cargados los datos del 1 de enero de 2008 al 31 de octubre de 2009. Los otros datos del 1 de noviembre de 2009 al 30 de junio de 2011 ya estaban cargados en la nueva versión del SIP 2007.

A través del asesoramiento y la labor técnica del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) se unifican las bases de ambas maternidades sin mayores pérdidas de datos.

La base de datos queda conformada con la información de 2366 partos acontecidos en el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 al 30 de junio de 2011 en las maternidades ya mencionadas cuyo CPN fue realizado en Villa Gobernador Gálvez.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

El software utilizado básicamente para la unificación y edición de las bases de datos fue el programa SIP versión 2007; también se empleó Access 2007, Excel 2007 y Word 2007. Para la elaboración de los mapas se utilizó el software MapInfo 10.5.

Se respetó la Ley de Secreto Estadístico 17.622/68 decreto 3.110/70 sobre la confidencialidad de la identidad de las personas cuyos datos aparecen en las fuentes de información.

### **Tratamiento estadístico**

Para la evaluación con la caracterización de la población, la determinación de la adecuación de los CPN a sus requisitos básicos, y el análisis de la relación de los resultados perinatales adversos con las demás variables se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas.

Se apeló a un análisis de frecuencias absolutas y relativas (análisis uni/bivariado), la información se resumió en tablas, y se calcularon las respectivas medidas de resumen cuando fue necesario.

### **Descripción de las variables**

Una de las dimensiones a evaluar es la sociodemográfica, que se estimará a través de las variables: edad, escolaridad, estado civil y número de hijos de la población en estudio. Aunque número de hijos es una variable que puede analizarse desde una mirada más biológica, también se considera en este trabajo por la información que brinda sobre la conformación del grupo familiar.

En este estudio se propone una evaluación del proceso de atención de la embarazada básicamente en el primer nivel de atención de salud. Para la evaluación de procesos en los servicios de salud se han propuesto indicadores como productividad, rendimiento, calidad, y utilización, aquí este último ítem será tomado como dimensión a evaluar. Para valorar la utilización del CPN se tendrá en cuenta la adecuación de éste a sus requisitos básicos, y se medirán las variables precocidad, periodicidad, completud y amplia cobertura.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Las desigualdades en la utilización se estudiarán a partir de relacionar las dimensiones y variables anteriores con los resultados perinatales adversos como BPN, partos de pretérmino y muertes fetales.

Tabla 3. Dimensión sociodemográfica, variables.

Variable	Tipo/categorías	Nº variable SIP 2007
Edad	Cuantitativa discreta - años Categoría (adolescente: 13 a 19, joven: 20 a 34, adulta: 35 o mas años)	9: edad materna
Escolaridad	Categoría (alfabeta, analfabeta)	12: alfabeta si/no
	Categoría (Estudios: ninguno, primaria, secundaria, universidad)	13: estudios
	Cuantitativa discreta - años aprobados en el mayor nivel de estudios	14: años estudios > nivel
Estado civil	Categoría (casada, unión estable, soltera, otro)	15: estado civil
Número hijos	Cuantitativa discreta - hijos	44: RN que viven

Fuente: elaboración propia.

SIP = sistema informático perinatal

En cuanto a la adecuación de los CPN a sus requisitos básicos se analizan primeramente precocidad, continuidad y cobertura.

Tabla 4. Adecuación de los controles prenatales a sus requisitos básicos, variables.

Variable	Tipo/categorías	Nº variable SIP 2007	Atributo evaluado
Semana de gestación en el que inició el CPN	Cuantitativa discreta - semanas	119: consulta 1 - edad gestacional	Precocidad (antes de las 20 sem)
Número de controles realizados hasta el momento del parto	Cuantitativa discreta - nº de controles	185: consultas prenatales	Periodicidad (5 o más CPN)
Porcentaje de mujeres que recibió al menos 1 CPN antes del parto	Cuantitativa discreta - nº de mujeres con CPN/total de los partos	185: consultas prenatales	Cobertura

Fuente: elaboración propia

SIP = sistema informático perinatal

CPN = control prenatal

La variable completud se analizará por separado comparando con estándares nacionales las actividades mínimas programadas para los CPN (59), para esto se seleccionaron sub-variables relacionadas con: la valoración clínica en el CPN, los estudios

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

complementarios, las actividades de profilaxis y educativas. Se medirá con qué frecuencia se realizan y registran cada una de estas actividades. La completud se analizará como variable discreta (proporción).

Para el cálculo del porcentaje de registro en SIP, se tuvo en cuenta que algunas de las variables estaban cargadas sólo en algunas de las versiones del SIP y no en todas, dependiendo de esto los totales de cada variable son diferentes. A continuación se presenta una tabla con las 3 versiones del SIP con las que se trabajó, el período en que se utilizó cada una y el hospital correspondiente.

Tabla 5. Variable completud, sub-variables.

VARIABLES	Nº var SIP 2007	Total con CPN=versión SIP
<b>Valoración Clínica</b>		
Peso	120	2192=DOS-2000-2007
Altura uterina	122	490=2007
Tens arterial	121/394	490=2007
Frec card fetal	124	490=2007
<b>Exámenes complementarios</b>		
Hb <20sem/>=20sem	95/99	1288=2000-2007
VDRL <20sem/>=20sem	112/114	2192=3T DOS-2000-2007
VIH <20 sem solicitado	91	2192=DOS-2000-2007
Toxopl <20 sem solicitado	88	490=2007
Chagas	101	1394=DOS-2007
Glucemia <20sem/>=30sem	105/108	490=2007
Grupo y factor Rh	85/86	490=2007/2192=DOS-2000-2007
Urocultivo	103	798=2000
<b>Profilaxis</b>		
Vac antitet (previa, dosis 1 y 2)	77+78/77+79	2192=DOS-2000-2007
<b>Actividades educativas</b>		
Consejería lactancia	111	490=2007
Preparación parto	110	490=2007

Fuente: elaboración propia a partir de Sistema Informático Perinatal

var = variable

SIP = sistema informático perinatal

c/CPN = con control prenatal

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 6. Versiones SIP de la base datos unificada de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Versión SIP	Maternidad	Período de tiempo
DOS	Hosp. Provincial	enero 2008 a octubre 2009
2000	Hosp. Roque Sáenz Peña	enero 2008 a junio 2011
2007	Hosp. Provincial	nov 2009 a junio 2011

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal.

SIP = sistema informático perinatal

s/CPN = sin controles prenatales

c/CPN = con controles prenatales

Para estudiar desigualdades se revisaron los resultados perinatales como un modo de evaluar indirectamente la utilización del CPN, se relacionaron los resultados perinatales adversos (BPN, partos de pretérmino y muertes fetales) con las variables de las 2 dimensiones anteriores (para hacer este análisis se tuvieron que categorizar algunas de las variables). Se realiza una georreferenciación de los eventos perinatales adversos con el objeto de identificar si pertenecen a alguna zona de la ciudad que por sus características presenten mayor criticidad.

### Limitaciones y sesgos

Al trabajar con datos secundarios se tuvieron en cuenta algunas limitaciones. El llenado del carné perinatal en la consulta pudo haber sido incompleto, se constató también que la versión de carné perinatal utilizada en Villa Gobernador Gálvez para esa fecha no consigna algunas actividades que se incluyeron en la nueva versión digitalizada de la historia clínica perinatal utilizada por el SIP 2007. El pasaje de la información del carné perinatal de la embarazada en el momento de la internación del parto está a cargo de médicos de guardia, habitualmente residentes, que por sus jornadas extensas de trabajo (a veces de más de 24 horas) son más propensos a cometer algún error en la transcripción. La carga del SIP en cada maternidad tiene algunas particularidades, como por ejemplo la forma en que se registra el lugar donde tuvo lugar el CPN, en una de ellas se utiliza un código específico para cada ciudad y en la otra se registra como “otras localidades” a todas las embarazadas que se controlaron fuera de la ciudad de Rosario (allí hubo que identificar a las gestantes a través de

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

la variable domicilio). En la unificación de bases de datos también hubo que recuperar algunas variables que cambiaron de nombre o se clasificaron de distinta manera según la versión del SIP.

## VII. RESULTADOS

En un principio, y para determinar el número de mujeres que utiliza las 2 maternidades de referencia para Villa Gobernador Gálvez, se hizo un relevamiento de todas las instituciones públicas que cuentan con maternidades en el aglomerado Gran Rosario para determinar en qué porcentaje concurren a dichos establecimientos las embarazadas de esta ciudad.

Se evaluaron en todos los efectores públicos de la región los partos de mujeres con residencia habitual en Villa Gobernador Gálvez durante el período de estudio.

Tabla 7. Partos de mujeres de Villa Gobernador Gálvez en establecimientos públicos de Rosario y Gran Rosario. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

	H.P y HRSP (Rosario)	%	H. Eva Peron (Baigorria)	%	Hosp. Centenario (Rosario)	%	Hosp. Gamen (VGG)	%	Mat. Martin (Rosario)	%	Totales	%
2008	673	94	7	1	21	3	18	2	0	0	719	100
2009	729	99	2	0.3	5	0.7	1	0.2	1	0.2	738	100
2010	613	99	3	0.4	1	0.2	0	0	3	0.4	620	100
2011 (1° sem)	351	98	2	0.6	5	1.4	1	0.3	0	0	359	100
Totales	2366	97	14	0.6	32	1.4	20	0.8	4	0.2	2436	100

Fuente: elaboración propia basada en datos del Sistema de Información del Ministerio de Salud. Gobierno de Santa Fe. Estadísticas en Salud, Egresos Hospitalarios por diagnóstico parto (en efectores provinciales), y Sistema Informático Perinatal (en efectores del Municipio de Rosario), para los años 2008, 2009, 2010 y 2011.

1° sem = primer semestre

H. P. = Hospital Provincial

HRSP = Hospital Roque Sáenz Peña

VGG = Villa Gobernador Gálvez

Mat. Martin = Maternidad Martin

Se observa que el 97% de los partos de mujeres de Villa Gobernador Gálvez ocurren en las 2 maternidades de referencia (en el sur de Rosario): del Hospital Provincial y Hospital Roque Sáenz Peña.

Con el objeto de determinar el porcentaje de cargado de datos de la base del SIP de ambas maternidades se comparó el número de nacidos vivos en establecimientos públicos por

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

lugar de residencia de la madre (Villa Gobernador Gálvez) obtenido del Registro Civil, con el número de nacidos vivos de la base SIP unificada para este estudio.

Tabla 8. Comparación del número de nacidos vivos registrados por el SIP con los registrados por el Registro Civil, de mujeres de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Año	Nacidos vivos de VGG en HP y HRSP (SIP)	%	Nacidos vivos en establec. públicos por lugar de residencia habitual de la madre: VGG (DGE)	%
2008	649	77	845	100
2009	690	86	798	100
2010	580	79	732	100
2011(1°sem)	317	97	328	100
Totales	2236	83	2703	100

Fuente: elaboración propia basada en datos de la Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe y Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario.

VGG = Villa Gobernador Gálvez

H. P. = Hospital Provincial

HRSP = Hospital Roque Sáenz Peña

SIP = sistema informático perinatal

DGE = Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe

1° sem = primer semestre

De esta comparación surge que del total de nacidos vivos anotados por el Registro Civil un 83% estaban cargados en la base de datos SIP con la que se trabajó. Cabe aclarar que a la información de la base SIP de los 2 hospitales en estudio no se le sumaron los datos correspondientes a nacidos vivos de los otros efectores de la región (3% restante) para mujeres de Villa Gobernador Gálvez en el período 2008-2011 (ver tabla 7).

También se presentan, para tener una noción más amplia, los nacimientos ocurridos en el subsector público y en el subsector de obra social y privado.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 9. Nacidos vivos según lugar de ocurrencia, con residencia habitual de la madre en Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Lugar de ocurrencia del nacimiento	2008		2009		2010		2011	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Subsector público	845	51	798	51	732	48	656	44
Subsector Obra Social y privado	795	47.5	754	48.88	803	52	828	55
Domicilio	0	0	1	0.06	0	0	3	0.2
Se ignora	4	0.5	1	0.06	0	0	13	0.8
Cantidad nacimientos	1644	100	1554	100	1535	100	1500	100

Fuente: Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe.

En el período 2008-2011 se observa, ya sea en el subsector público como de obra social y privado, que más del 99% de los nacimientos son institucionales. También impresiona un corrimiento de estos nacimientos al subsector de obras sociales y privado en los últimos años.

Dentro del subsector público también se observan cambios en el número de partos de una maternidad con respecto a otra en el transcurso de este período.

Tabla 10. Partos por año de mujeres de Villa Gobernador Gálvez en las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

	HRSP		H.Pcial		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008	150	22	523	78	673	100
2009	226	31	503	69	729	100
2010	346	56	267	44	613	100
2011 (1ºsem)	202	58	149	42	351	100
Total	924	100	1442	100	2366	100

Fuente: elaboración propia basada en datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario.

1º sem = primer semestre

HRSP = Hospital Roque Sáenz Peña

H. Pcial = Hospital Provincial

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Hay un aumento progresivo de la cantidad de partos de mujeres de Villa Gobernador Gálvez en la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña con respecto a la maternidad del Hospital Provincial en esos años.

Otros datos de interés que surgen a partir del análisis de la base de datos son:

El 99.5% de los partos fueron atendidos por profesionales médicos.

De los 2366 partos/nacimientos, 2236 (94.4%) fueron nacidos vivos, y hubo 130 muertes fetales (5.6%).

La forma de terminación fue vía vaginal espontánea en un 72%, cesárea 22%, fórceps 1.7%, vacuum 0.3%, y otras 4% (coincidente con los casos de abortos).

También se registraron 38 embarazos múltiples (todos gemelares).

## **Caracterización de la población**

### *Edad*

Las edades de las gestantes oscilan entre 13 y 49 años. El 30% (704 embarazadas) corresponden a adolescentes de hasta 19 años, el 62% a mujeres de entre 20 y 34 años, y el 8% a mujeres entre los 35 y 49 años de edad. La mediana para la edad materna es de 23 años.

### *Escolaridad*

En cuanto a la escolaridad se encontró que el 99% de las gestantes están alfabetizadas, de las cuales el 54% ha cursado estudios primarios, 44% ha cursado estudios secundarios y el 2% estudios universitarios. Cabe destacar que de las mujeres que concurrieron a la escuela primaria el 78% completó sus estudios, y de las que asistieron a la secundaria sólo el 21% terminó su formación.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

### *Estado civil*

El 73% de las mujeres del estudio están en unión de hecho o unión estable, el 27% restante lo constituyen: las mujeres solteras con el 17%, las casadas con el 9% y otras (viudas, separadas por ejemplo) con el 1%.

### *Número de hijos*

El mayor porcentaje de mujeres en este estudio (35%) corresponde a las que no han tenido hijos previamente, continúan las que han tenido 1 (25%), 2 y 3 hijos (25%), las que tienen 4 o más hijos constituyen el 13% del total de las gestantes, hay un 2% sin datos. La mediana es de 1.

## **Adecuación de los CPN a sus requisitos básicos**

### *Cobertura*

De la población en estudio el 93% recibió al menos un CPN antes del parto. 174 embarazadas (7%) llegaron al momento del parto sin ningún CPN.

### *Periodicidad*

En cuanto a la cantidad de CPN: 1551 embarazadas (66%) realizaron cinco o más controles antes del parto. El promedio fue de 5.5 visitas. De las que consultaron menos de 5 veces se debe tener en cuenta que 143 tuvieron partos prematuros (6%), y por ese motivo tal vez no se completaron todos los CPN sugeridos. Tampoco se pudo determinar si hubo consultas de alto riesgo donde deben realizarse más encuentros programados que los habituales.

### *Precocidad*

1364 gestantes (58%) iniciaron sus controles antes de las 20 semanas, 590 en el primer trimestre (25%), 1164 en el segundo trimestre (49%) y 397 en el tercer trimestre (17%), el 9% restante lo conforman las 174 embarazadas que no tuvieron controles previos y 41 que no hubo registros de esa variable en el SIP.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

### *Compleitud*

Se determinó realizar un análisis más pormenorizado de esta variable ya que es posible que el CPN cumpla con las condiciones de ser precoz y periódico, pero podría haber dificultades no resueltas de la gestante a lo largo de las diferentes visitas.

Para tener una noción si el CPN fue completo se hizo un análisis de las sub-variables relacionadas con las actividades básicas que se realizan en las consultas del CPN, se calculó en que proporción se registró cada una de ellas en el SIP, se agruparon según el tipo de actividad en: valoración clínica, estudios complementarios, profilaxis y actividades educativas. No se contabilizaron las 174 mujeres que se registraron con número de controles igual a 0.

Para hacer esta evaluación se revisaron las Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS de la OMS/CLAP (59), la Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal del Ministerio de Salud de la Nación (56), y la publicación Salud Reproductiva Materna Perinatal, Atención prenatal del parto de bajo riesgo y del puerperio del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (3). De esta manera se definieron las variables que podrían evidenciar el cumplimiento de las actividades básicas del CPN.

En la valoración clínica del control prenatal se analizaron: peso, altura uterina, tensión arterial y la frecuencia cardíaca fetal.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 11. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a la valoración clínica del control prenatal efectuado en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Variables	Valoración Clínica				
	Nº var SIP 2007	Nº registradas	Vacías	% registro SIP	Total c/CPN =versión SIP
Peso	120	2152	40	98	2192=DOS-2000-2007
Altura uterina	122	382	108	78	490=2007
Tensión arterial	121/394	408	82	83	490=2007
Frec. card. fetal	124	1	489	0.2	490=2007

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Período 2008-2011.

var = variable

SIP = sistema informático perinatal

c/CPN = con control prenatal

Las variables clínicas se toman en el consultorio del centro de salud y se registran en el carné perinatal, en el momento de la internación en la maternidad sólo se transcriben los datos del primer y el último control en la historia clínica perinatal informatizada. De todos modos se tomó en cuenta la presencia de un solo registro de estas variables como para hacer el análisis. De las cuatro variables, el peso se registró en un 98%, en un 78% y 83% se registraron la altura uterina y la tensión arterial respectivamente. Llama la atención que prácticamente no hubo registros de la frecuencia cardíaca fetal en el SIP.

De los exámenes complementarios solicitados en la consulta prenatal en el CAPS se estudiaron los siguientes: hemoglobina, pruebas treponémicas para la detección de sífilis (VDRL), VIH, toxoplasmosis, chagas, glucemia, grupo y factor Rh y urocultivo.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 12. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a los exámenes complementarios solicitados durante el control prenatal en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Exámenes complementarios					
VARIABLES	Nº var SIP 2007	Nº registradas	Vacías	% registro SIP	Total c/CPN =versión SIP
Hemoglobina					
<20sem/	95/99	690/928	598/360	54/72	1288=2000-2007
>=20sem					
VDRL					
<20sem/	112/114	1020/1236+928 (2164)	268/28	79/99	2192=2000-2007- DOS(3T)
>=20sem					
VIH <20 sem solicitado	91	1125+927 (2052)	140	94	2192=2000-2007-DOS
Toxoplasmosis <20 sem solicitado	88	281	209	57	490=2007
Chagas	101	450+928 (1378)	16	99	1394=2007- DOS
Glucemia					
<20sem/	105/108	241/327	249/163	49/67	490=2007
>=30sem					
Grupo y factor Rh	85/86	2130	62	97	490=2007/ 2192=DOS-2000-2007
Urocultivo	103	578	220	72	798=2000

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Período 2008-2011.

var = variable

SIP = sistema informático perinatal

c/CPN = con control prenatal

Hay dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, una en la primera visita antenatal, y otra a partir de las 20 semanas. De las gestantes de Villa Gobernador Gálvez a un 54% se les solicitó la prueba de hemoglobina antes de las 20 semanas y a un 72% a partir de ese período.

Para la detección de sífilis en el embarazo las variables analizadas fueron Prueba de sífilis no treponémica (VDRL) solicitada antes de las 20 semanas y desde las 20 semanas en adelante; a esta segunda variable se le sumó la variable del SIP DOS: VDRL 3º trimestre realizado. Se encontró que el 99% de las embarazadas llega al parto con esta prueba solicitada.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Con respecto a la infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), se registra si el test ha sido solicitado y realizado antes o a partir de las 20 semanas. Por las características de la base de datos (falta de datos en la variable VIH solicitado a partir de las 20 semanas) se tomó VIH solicitado antes de las 20 semanas para el análisis. Se halló que al 94% de las gestantes se les había pedido el test.

Para la prueba de toxoplasmosis se evaluó la variable que mide la petición de la prueba antes de las 20 semanas de gestación. Indagando en las variables de cada versión de SIP la única que lo registra es la última (2007). El porcentaje encontrado fue del 57%.

El pedido de serología para enfermedad de Chagas pudo ser evaluado en los partos del Hospital Provincial debido a que se registraron en SIP DOS Y SIP 2007, el SIP 2000 no consideraba esa variable por lo que los datos correspondientes a la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña no pudieron ser analizados. Se encontró que fue solicitado en un 99%.

Se estudiaron las variables correspondientes a la solicitud de glucemia en ayunas antes de las 20 semanas de gestación y a partir de las 30 semanas, encontrando un 49% y un 67% respectivamente.

En relación a la pesquisa de una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal, también se analizó el pedido de grupo y factor Rh, este último fue registrado en un 97%, mientras que llama la atención que el grupo sanguíneo se registró sólo en un 21%.

Con respecto a la solicitud pedido de urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática se pudo evaluar sólo el solicitado antes de las 20 semanas (por falta de información de las demás variables). Esta variable fue registrada en un 72% por el SIP 2000, correspondiendo esta información a la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña.

De las actividades de profilaxis que se incluyen en el control prenatal para la región se encuentra la vacunación antitetánica, y la suplementación con hierro y ácido fólico. Se decidió no tomar en cuenta esta última medida porque no es una norma que adopten uniformemente

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

todos los médicos que realizan los CPN en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, debido tal vez a diferentes criterios y/o a su diferente formación profesional.

Tabla 13. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a profilaxis en el control prenatal realizado en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Profilaxis					
Variables	N° var SIP 2007	N° registradas	Vacías	% registro SIP	Total c/CPN =versión SIP
Antitet (previa, dosis 1 y dosis 2)	77+78/77+79	383+1719(2102)/ 411+1698(2109)	90/83	96/96	2192=DOS-2000-2007

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Período 2008-2011.

var = variable

SIP = sistema informático perinatal

c/CPN = con control prenatal

Habitualmente se solicita a las gestantes el carnet de vacunación, el carné perinatal del embarazo anterior o algún otro documento donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis de la vacuna antitetánica. Se observaron las variables antitetánica dosis 1 y dosis 2, de los registros que figuraban como vacíos en estas 2 columnas se verificó que tengan antitetánica previa y se sumó a los totales de las 2 variables estudiadas, para tener una noción más amplia de la cobertura de esta vacuna, que fue de un 96% de las gestantes.

Dado que los CPN transcurren en los CAPS (primer nivel de atención de la APS) se evalúan también actividades que no tienen que ver solamente con la atención, sino con la promoción de la salud, como la consejería en lactancia, y la preparación para el parto.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 14. Porcentaje de registro en el Sistema Informático Perinatal de las variables relacionadas a actividades educativas transmitidas en el control prenatal realizado en los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

Actividades educativas					
VARIABLES	Nº var SIP 2007	Nº registradas	Vacías	% registro SIP	Total c/CPN =versión SIP
Consejería lactancia	111	11	479	0.5	490=2007
Preparación parto	110	7	483	0.3	490=2007

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Período 2008-2011.

var = variable

SIP = sistema informático perinatal

c/CPN = con control prenatal

Se tuvo en cuenta que estas variables se cargan sólo en la versión del SIP 2007, y que el carné perinatal utilizado durante los 3 primeros años del período de estudio en Villa Gobernador Gálvez no contemplaba este registro, igualmente de las estudiadas el porcentaje es muy bajo, no alcanzando el 1% en ambas actividades.

En la siguiente tabla se resumen los porcentajes de falta de información de las subvariables estudiadas.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 15. Evaluación de variable completud. Falta de información (porcentajes) en el Sistema Informático Perinatal de sus subvariables, correspondiente a los centros de salud de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011

VARIABLES	Falta de información SIP (%)
Valoración Clínica	35.2
Peso	2
Altura uterina	22
Tensión arterial	17
Frec cardíaca fetal	99.8
Exámenes complementarios	21.3
Hemoglobina	37
VDRL	11
VIH	6
Toxoplasmosis	43
Chagas	1
Glucemia	42
Grupo y factor Rh	3
Urocultivo	28
Profilaxis	4
Vacuna antitetánica	4
Actividades educativas	99.6
Consejería lactancia	99.5
Preparación parto	99.7

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Período 2008-2011.

SIP = sistema informático perinatal

### Resultados perinatales adversos

Con el objeto de estudiar desigualdades en la utilización del CPN se evaluarán algunas variables relacionadas a los resultados perinatales de esta población. El deterioro de la trama social que muestran los datos demográficos puede que esté asociado a: un número menor de consultas antenatales realizadas, a familias numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo, a menos nivel de instrucción. Viéndose reflejada esta situación en resultados perinatales adversos como BPN, partos de pretérmino y muertes fetales (26,59).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

El peso al nacer ha sido tradicionalmente usado como un indicador clave para evaluar el estado de salud del recién nacido. El BPN se define como un peso menor a 2500 gramos, es un indicador para la vigilancia epidemiológica y también para evidenciar las condiciones de vida de una población. El BPN puede deberse a haber nacido antes de tiempo (prematuro), o haber nacido a tiempo pero no haberse desarrollado lo suficiente en el útero, presentando una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), o ambos procesos (81).

Se considera un parto pretérmino, de acuerdo a la definición de la CIE-10, a todo nacimiento que se produce a partir de las 22 y antes de las 37 semanas de gestación.

Se define muerte fetal a la ocurrida antes de la expulsión o extracción del producto de la concepción independientemente de la duración del embarazo. Muerte fetal precoz o aborto se considera a la expulsión o extracción desde la madre de un feto o embrión con una edad gestacional inferior a 22 semanas o peso inferior a 500 gramos. En la CIE-10 volumen 1 se estableció que el período perinatal se inicia en la semana 22 de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos), con esta nueva conceptualización queda establecido que se considerarán muertes fetales tardías o mortinatos a aquellas que se producen a partir de la semana 22 de embarazo (82).

La población estudiada presentó 195 recién nacidos con BPN (8.2%), hubo 273 partos de pretérmino (11.6%), y 130 muertes fetales (5.5%) de las cuales 105 fueron precoces y 25 tardías.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 16. Resultados perinatales adversos en mujeres de Villa Gobernador Gálvez, relación con variables sociodemográficas y requisitos básicos del control prenatal. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.

	BPN (n195)		Partos de pretérmino (n273)		Muertes fetales			
	N	%	N	%	precoces (<22sem) n105		tardías (>=22sem) n25	
Edad	N	%	N	%	N	%	N	%
13 a 19 años (n705)	62	8.8	85	12	27	3.8	5	0.7
20 a 34 años (n1477)	111	7.5	155	10.5	55	3.7	13	0.9
35 o + años (n184)	22	12	33	17.9	23	12.5	7	3.8
Total (n2366)	195	8.2	273	11.6	105	4.4	25	1
Estado civil	N	%	N	%	N	%	N	%
casada (n216)	17	7.8	19	8.8	15	6.9	1	0.5
unión estable (n1739)	149	8.6	206	11.8	67	3.8	18	1
soltera (n399)	28	7	46	11.5	21	5.2	6	1.5
otra (n12)	1	10	2	16.6	2	16.6	0	0
Total (n2366)	195	8.2	273	11.6	105	4.4	25	1
Educación (estudios)	N	%	N	%	N	%	N	%
ninguno (n29)	3	10.4	4	13.8	1	3.4	1	3.4
primaria (n1274)	111	8.7	140	10.9	42	3.3	16	1.2
secundaria (n1022)	78	7.6	124	12.2	60	5.9	8	0.7
universidad (n41)	3	7.3	5	12.1	2	4.9	0	0
Total (n2366)	195	8.2	273	11.6	105	4.4	25	1
Nº hijos	N	%	N	%	N	%	N	%
ninguno (n780)	79	10.1	101	12.9	30	3.8	7	0.9
<4 (n1242)	85	6.8	124	9.9	59	4.7	10	0.8
4 o + (n302)	27	8.9	42	13.9	16	5.2	8	2.6
Vacías (n42)	0	0	6	14.2	0	0	0	0
Total (n2366)	195	8.2	273	11.6	105	4.4	25	1
Nº CPN	N	%	N	%	N	%	N	%
ninguno (n174)	8	4.6	17	9.7	92	52.8	3	1.7
<5 (n638)	94	14.7	134	21	11	1.7	15	2.3
5 o + (n1551)	93	6	122	7.8	1	0.06	7	0.4
Vacías (n3)	0	0	0	0	1	33.3	0	0
Total (n2366)	195	8.2	273	11.6	105	4.4	25	1
1º CPN: Edad Gestac.	N	%	N	%	N	%	N	%
<20sem (n1364)	132	9.6	181	13.3	11	0.8	18	1.3
20sem o + (n787)	55	6.9	81	10.3	1	0.1	4	0.5
Vacías (n215)	8	3.7	11	5.11	93	43	3	1.3
Total (n2366)	195	8.2	273	11.6	105	4.4	25	1

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario. Período 2008-2011.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Para las mujeres que presentaron niños con BPN, partos de pretérmino y muertes fetales se observa una constante en relación a las variables sociodemográficas en donde la mayor frecuencia de estos eventos se da en mujeres de 35 o más años, que están separadas o viudas, con más de 4 hijos, y analfabetas. Hay una excepción en las muertes fetales precoces donde el nivel de instrucción es mayor, en este caso estudios secundarios.

El BPN estuvo relacionado con CPN precoces (antes de la semana 20) pero con una frecuencia menor a 5 CPN.

En cuanto al parto de pretérmino también estuvo presente mayormente en mujeres que consultaron precozmente, pero la mayor parte de ellas tuvieron menos de 5 consultas prenatales.

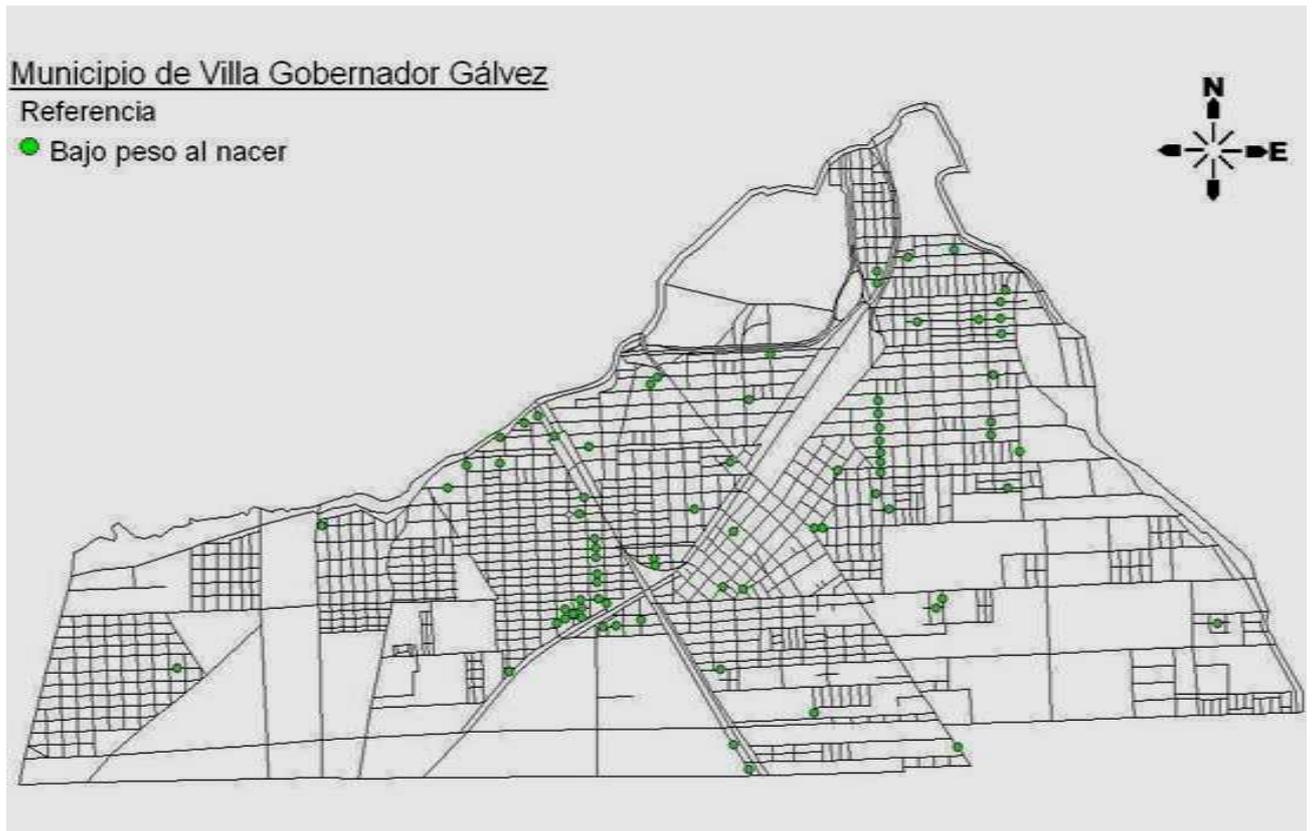
Las muertes fetales precoces estuvieron asociadas a mujeres que quizá no hayan estado en contacto con el sistema de salud en el primer nivel de atención, dado que la mayoría de ellas no presenta registros de haber realizado controles prenatales.

Las muertes fetales tardías se dieron en mujeres que consultaron precozmente pero con un número menor a los 5 CPN recomendados.

Se realiza un georreferenciamiento de los recién nacidos con BPN, partos de pretérmino y muertes fetales, encontrando que los 3 eventos se concentran en 2 zonas específicas de la ciudad.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

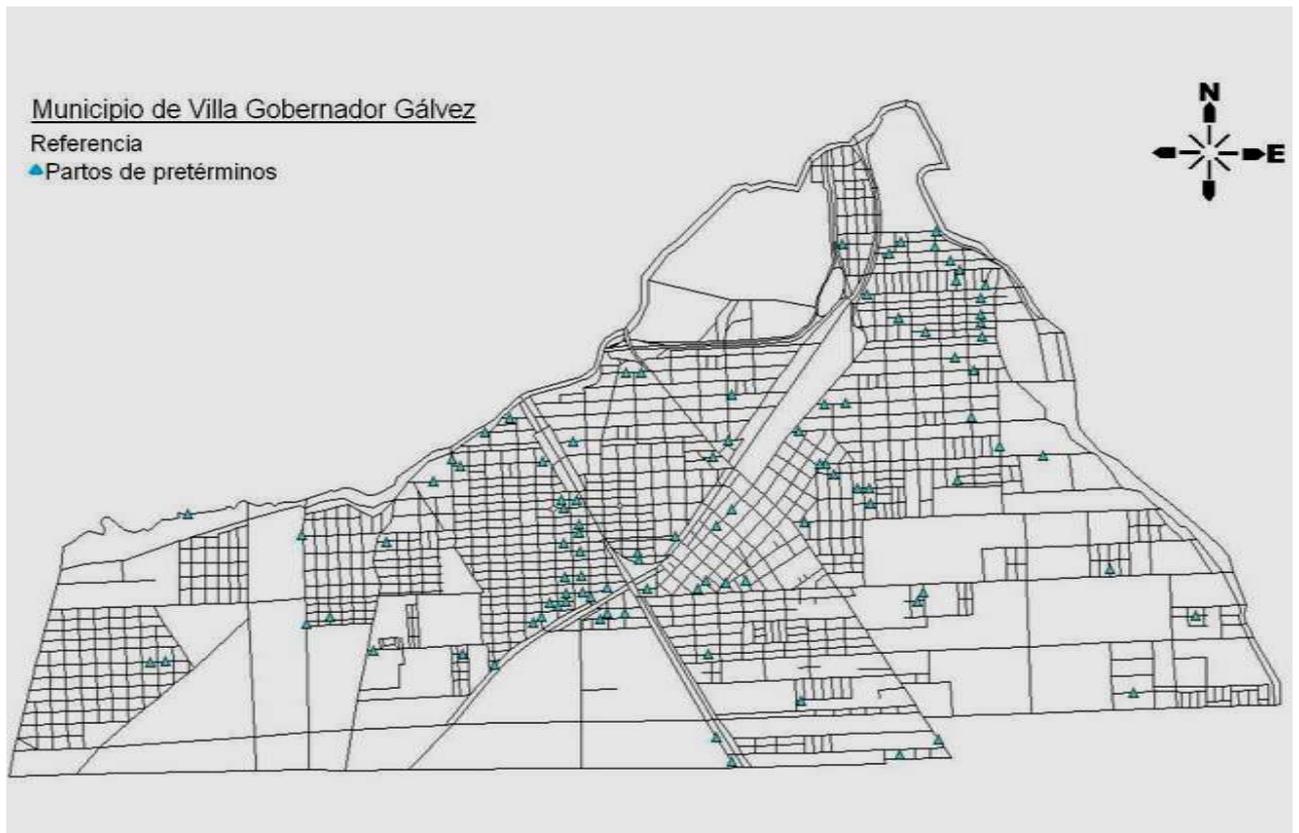
Figura 1. Georreferencia: recién nacidos con bajo peso al nacer de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Sistema Informático Perinatal.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

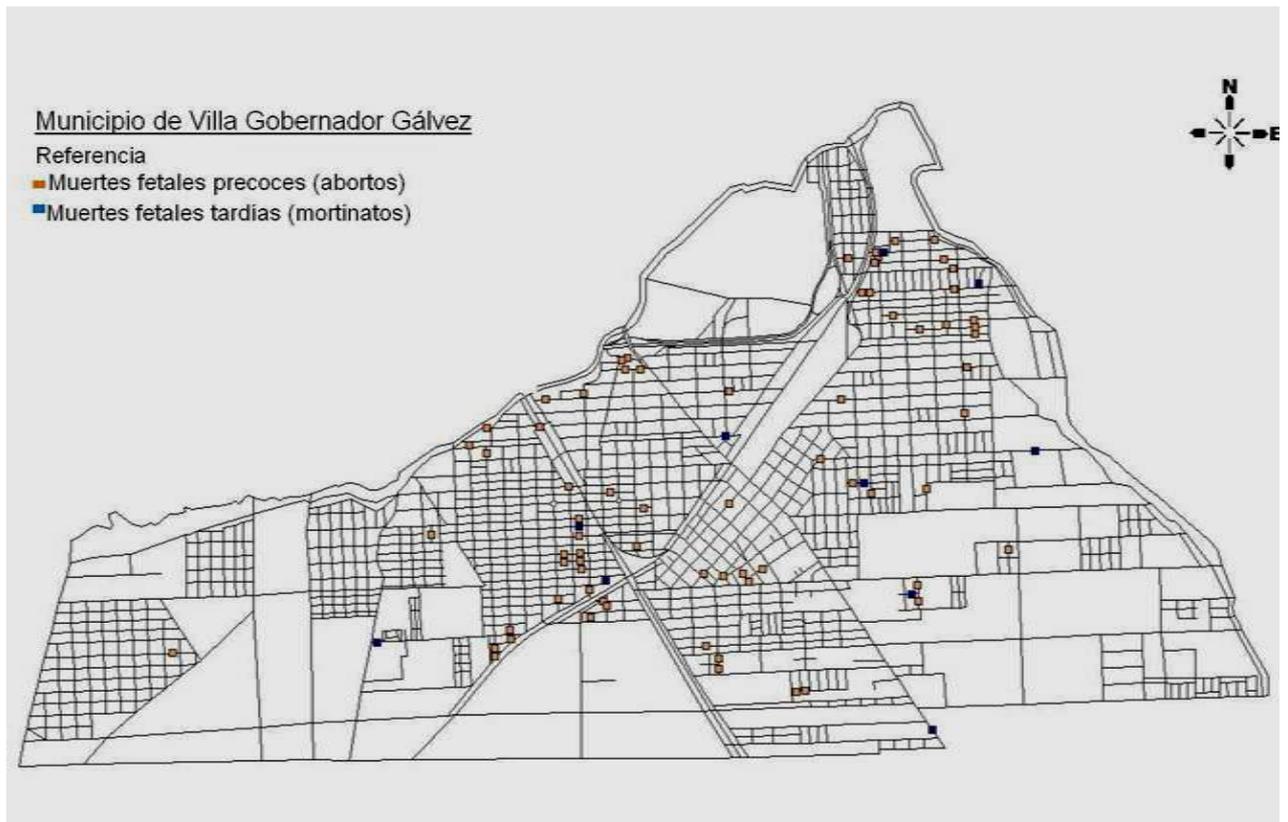
Figura 2. Georreferencia: partos de pretérmino de mujeres de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Sistema Informático Perinatal.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Figura 3. Georreferencia: muertes fetales precoces y tardías de Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2008-2011.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Sistema Informático Perinatal.

Se retoma el análisis de la mortalidad neonatal realizado en los años previos a este trabajo, y se suma para el estudio el período 2008-2011.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Tabla 17. Fallecidos de 0 a 27 días, nacidos vivos, y tasa de mortalidad neonatal precoz y tardía (por 1000 nacidos vivos) en Villa Gobernador Gálvez. Provincia de Santa Fe. Argentina. Período 2005-2011.

Villa Gobernador Gálvez	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nacidos vivos	1385	1424	1355	1644	1554	1522	1500
Fallecidos de 0 a 27 días	16	11	11	12	5	9	11
Tasa de mortalidad neonatal	11.5	7.7	8.1	7.2	3.2	5.9	7.3
Fallecidos de menos de 7 días	13	9	6	7	1	8	10
Tasa de mortalidad neonatal precoz	9.4	6.3	4.4	4.2	0.6	5.2	6.6
Fallecidos entre 8 y 27 días	3	2	5	5	4	1	1
Tasa de mortalidad neonatal tardía	2.1	1.4	3.7	3	2.5	0.6	0.6

Fuente: elaboración propia basada en datos de Sistema de Información del Ministerio de Salud. Gobierno de Santa Fe (15), Estadísticas Vitales Provincia de Santa Fe Años 2005 (16), 2006 (17), 2007 (2); y Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe.

Se interpreta a partir de los registros para Villa Gobernador Gálvez de efectores públicos y privados que hubo un descenso de la mortalidad neonatal en el año 2009 a expensas de una disminución más marcada de su componente precoz, y luego un aumento en el 2010 y 2011 asociado también a la mortalidad neonatal precoz.

Datos suministrados por la Dirección General de Estadística indican que sigue siendo más frecuente la mortalidad fetal en efectores públicos.

Tabla 18. Defunciones fetales por lugar de ocurrencia según residencia habitual de la madre. Departamento Rosario. Localidad Villa Gobernador Gálvez. Período 2005-2011.

Año	Lugar de ocurrencia								Total
	Establecimiento Público		Establecimiento Privado		Vivienda		Sin especificar		
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
2005	17	65	9	35	-	-	-	-	26
2006	17	74	5	22	1	4	-	-	23
2007	18	90	2	10	-	-	-	-	20
2008	7	50	6	43	-	-	1	7	14
2009	14	52	10	37	1	4	2	7	27
2010	13	68	6	32	-	-	-	-	19
2011	11	79	3	21	-	-	-	-	14

Fuente: Dirección General de Estadística de la Provincia de Santa Fe.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

A los efectos de ampliar el análisis se calcula la razón de mortalidad fetal y también la tasa de mortalidad perinatal, que está compuesta en su numerador por el número de muertes fatales tardías más el número de defunciones de menores de 7 días, y el denominador por el número de muertes fatales tardías más el número de nacidos vivos registrados, por mil.

Tabla 19. Recién nacidos con bajo peso al nacer, pretérminos, razón de mortalidad fetal por mil nacidos vivos y tasa de mortalidad perinatal en establecimientos públicos para Villa Gobernador Gálvez, provincia de Santa Fe y Argentina. Período 2011.

2011	V. G. Gálvez	Santa Fe	Argentina
BPN	8.20%	7.40%	8.30%
Pretérminos	11.60%	9.70%	8.70%
Razón mortalidad fetal	7.3‰	6.8‰	7.7‰
Tasa mortalidad perinatal	13.9‰	10.8‰	11.5‰

Fuente: elaboración propia basada en datos del Sistema Informático Perinatal de las maternidades de los Hospitales Provincial y Roque Sáenz Peña de Rosario período 2011 y Estadísticas Vitales. Información Básica-2011 del Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (87).

## VIII. DISCUSIÓN

A través de los resultados presentados es posible objetivar el fenómeno de utilización del CPN en Villa Gobernador Gálvez. La utilización es una práctica social que resulta de la construcción valorativa hecha siempre en una cultura, en una sociedad y en una época determinada, y en esta interacción convergen no sólo aspectos objetivos sino también subjetivos como el padecimiento, las relaciones entre actores, la confianza, los valores; cabe aclarar que estos aspectos son más difíciles de medir desde un abordaje cuantitativo.

Se evidencia en los registros que al año siguiente al cierre de la maternidad (2008) sólo algunas embarazadas siguieron teniendo sus partos en el Hospital Gamen de Villa Gobernador Gálvez (2%), considerándolo como un período de transición en donde la población se fue redireccionando hacia las maternidades de Rosario, en los años subsiguientes los partos tuvieron lugar, salvo excepciones, en las 2 maternidades de referencia (Hospital Provincial y Hospital Roque Sáenz Peña).

A partir de la comparación de los registros de nacimientos de las estadísticas vitales, la cobertura del SIP en esta ciudad (83%) es más amplia que la referida a nivel nacional (34,5%), teniendo en cuenta la variabilidad de realidades regionales y locales existentes en nuestro país (36).

Respecto al subregistro en el número de recién nacidos cargados en el SIP en las 2 maternidades con respecto a los asentados en el Registro Civil (17%), una de las posibles lecturas es que parte de esta diferencia pueda estar ligada en este contexto social a estrategias de supervivencia de los grupos sociales. Puede que algunas gestantes de Villa Gobernador Gálvez hayan tenido en el pasado alguna experiencia negativa en el parto en esta ciudad, o bien por sugerencias de familiares elijan controlarse en el sistema de salud de Rosario su embarazo, dando datos ficticios para no ser cuestionadas en algunos servicios, apareciendo en los registros hospitalarios como domiciliadas en Rosario.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Se observa en el transcurso del período 2008-2011 que la cantidad de nacimientos en Villa Gobernador Gálvez ha ido disminuyendo sensiblemente, en sintonía con una tendencia decreciente de la tasa de natalidad a nivel provincial (83).

También se advierte un corrimiento del lugar de ocurrencia del nacimiento del subsector público al de obra social y privado, quizá asociado a un aumento del empleo formal, donde se observa una tendencia de largo plazo ascendente en la magnitud de la cantidad de puestos de trabajo y la cantidad de empresas registradas en la región (6).

Los países latinoamericanos tienen más frecuentemente sistemas de salud basados en la seguridad social o sistemas mixtos, no teniendo una cobertura universal. Ello se traduce en la existencia de desigualdades en la utilización de servicios sanitarios, particularmente las personas con cobertura privada y mayor renta utilizan más los servicios sanitarios preventivos como el CPN (84).

A pesar de que la salud pública tiene un importante nivel de calidad, la población recurre a la salud privada sobre todo para tener un acceso más rápido a la atención ambulatoria o a una mayor comodidad en la parte hotelera de los centros asistenciales (84), sobretodo las familias recién incluidas en el sistema formal de trabajo.

Según la OPS el sistema de salud de la Argentina, y por lo tanto la atención perinatal, se caracteriza por su segmentación, entendida como la coexistencia de subsistemas con diferentes modos de financiación y de provisión de servicios de salud, especializados cada uno en diferentes segmentos de la población, dependiendo de su empleo, nivel de ingreso, capacidad de pago y estatus social; esta disposición institucional profundiza la inequidad en el acceso a la salud entre diferentes grupos poblacionales. En términos organizacionales coexisten una o más entidades públicas, distintas entidades de seguridad social, diferentes financiadores y proveedores privados. También considera que existe una fragmentación, refiriéndose a la coexistencia de varios efectores de salud no integrados en una red; también incluye a servicios que no cubren todo el espectro de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, servicios de distintos niveles no coordinados, servicios que no se sostienen en el tiempo y que no cubren las necesidades de la población (75).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud, pero la existencia de servicios de salud adecuados es una necesidad fundamental y el acceso a los mismos debería ser un derecho de todos los ciudadanos sin distinciones sociales (84 p.13).

En este período hubo un cambio en el acceso a la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña en este período, reflejado por el número de partos en ascenso en este efector con respecto a la otra maternidad del Hospital Provincial. Históricamente las mujeres de Villa Gobernador Gálvez podían dar a luz en el Hospital Gamen de su ciudad o en el efector de administración provincial más cercano, en este caso el Hospital Provincial de Rosario (a 7 km). Se piensa por un lado que este cambio progresivo, luego del cierre de la maternidad en Villa Gobernador Gálvez en 2007, puede estar en relación a un redireccionamiento natural de la población dada la proximidad geográfica (3 km) y los corredores urbanos, y por otro a una política en salud de regionalización incipiente que trata de integrar distintas administraciones municipales en el territorio de la provincia (85).

Para reducir la mortalidad y morbilidad neonatal es tan importante la buena organización de los sistemas y servicios de salud, como la alta competencia técnica de los proveedores. Muchas veces los servicios se han creado o distribuido (a veces en forma caótica) en función de otras necesidades y no respondiendo a la realidad sanitaria del área geográfica (75).

Regionalización de los servicios materno-perinatales, significa el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable (75 p. 23).

Casi la totalidad de los partos en la población estudiada son institucionales, y realizados por médicos, en coincidencia con una realidad nacional (35,36). Tal vez se

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

relacione a que estas 2 maternidades están en el extremo sur de la ciudad de Rosario, sólo a 7 minutos del centro de Villa Gobernador Gálvez, y al poseer Rosario un centro formador de profesionales como la Facultad de Ciencias Médicas, la disponibilidad de médicos tampoco parece ser un problema en el conglomerado del Gran Rosario.

El porcentaje de cesáreas entre las 2 maternidades estudiadas es del 22%. Según la OMS el porcentaje de partos por cesáreas debería ubicarse entre el 15 al 20% de los nacimientos, por encima de este valor aumenta la morbilidad materno fetal a partir de complicaciones, principalmente hemorrágicas e infecciosas (10).

La mayor parte de las mujeres que utiliza la salud pública en Villa Gobernador Gálvez son jóvenes en edad reproductiva (62%), la mediana para la edad es de 23 años. Uno de los criterios de clasificación de riesgo según el CLAP durante la gestación son las mujeres con edades menores a 20 años así como mayores a 35 años, en este estudio a este grupo lo conformaron 889 gestantes (38%), de las cuales 30% eran menores de 20 años y 8% mayores de 35 años. También las mujeres en la adolescencia temprana (menores a 15 años) tienen mayor riesgo de morbilidad vinculada al embarazo y sobre todo al parto, en este estudio hubo 29 gestantes con esas características (59).

En relación al nivel de instrucción, las embarazadas usuarias del sistema público de salud se caracterizan por tener estudios básicos (primaria completa 78%). Con respecto a las visitas preventivas como son las del CPN, el mayor nivel educativo tiene un marcado efecto positivo en la utilización (24,33). La baja escolaridad materna está asociada a menor número de visitas prenatales y realizadas en forma tardía (30,84,86).

El 82% de las gestantes se encuentra en pareja, ya sea en uniones estables o casadas. Se supone que esta situación favorece un acompañamiento de la mujer en su embarazo, facilitando la utilización de los CPN, pero es sólo una aproximación, dada la complejidad de las relaciones y los modos de vida, en donde en algunos estratos sociales se observa todavía un marcado machismo.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Desde el punto de vista médico la paridad ha sido descrita como uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y morbimortalidad materna. La paridad elevada (con cuatro o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto (59). Sólo el 13% de todas las gestantes entra en esta categoría en esta investigación. También a través del número de hijos es posible aproximarse a estimar la composición del grupo familiar, en este caso el 87% conforma familias que no superan los 3 hijos, contemplando la posibilidad de que puedan ser familias ampliadas según el contexto particular de cada una (económico, de la vivienda, costumbres, etc.).

El tamaño de la familia o el número de hijos también parece influenciar la utilización de consultas, pero los resultados son variables, habiendo inclusive estudios que muestran efectos contrarios, dependiendo fundamentalmente del sistema de salud y del país en cuestión (23). En los países con sistemas de salud universales hay una tendencia a la mayor consulta por familias numerosas y de estratos sociales bajos, en cambio en países con mayores desigualdades y sistemas mixtos los resultados son opuestos (84).

Las mujeres que cursan su primer embarazo (35% en este trabajo) tienen mayor probabilidad de utilizar adecuadamente los servicios de salud antenatales, esto puede deberse a una mayor sensibilidad, a la preocupación de presentar alguna complicación, a la ausencia de otros hijos que impidan el desplazamiento (86).

La cobertura del CPN en la ciudad es extensa (93%), considerando a las mujeres que realizaron por lo menos una consulta, próxima a cifras de estudios anteriores a nivel provincial y nacional, con el 91.9% y 91.4% respectivamente (36). Estudios de países vecinos como Brasil muestran un 89.5% de cobertura (30)

De los nacimientos de embarazadas que no tuvieron cobertura (7%), 79 de ellos fueron nacidos vivos (45%), y 95 fallecidos (55%) de los cuales 92 fueron abortos.

El porcentaje de gestantes que llega al parto con 5 o más controles en Villa Gobernador Gálvez (66%) es similar a cifras oficiales del Ministerio de Salud de la Nación (67%) (56), estudios semejantes muestran en países de la región un 62.9% (30).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Según algunos autores (87), la falta de atención prenatal y la atención tardía estarían asociados a sentimientos negativos ante la confirmación del embarazo y la falta de interés manifiesto por parte de la pareja del estado de salud y el embarazo de la mujer, también podrían deberse a la oposición de la pareja o al temor de que en la exploración médica se descubran huellas de abuso físico en situaciones de violencia familiar.

En este trabajo se encontró que de las embarazadas que presentaron 5 o más controles había un porcentaje mayor (10%) de primíparas que multíparas. Es posible que las mujeres multíparas, que tienen mayor experiencia, se sientan más seguras durante el embarazo actual y le den menor importancia a los CPN, de la misma forma, mujeres más jóvenes y primíparas pueden buscar los CPN con mayor frecuencia debido a su menor experiencia (30).

Con respecto a la adherencia de las usuarias al CPN y su continuidad hay estudios que relacionan la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal con el trato recibido durante la consulta, más que con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido por la usuaria también se relacionó con su nivel socioeconómico y se encontró que las mujeres más pobres reciben proporcionalmente peor trato, profundizando la desigualdad (88).

El hecho de tener un médico definido y un lugar de consulta definido como en el sistema de salud de la ciudad en estudio determinan una mayor utilización (24).

Dentro de los requisitos básicos del CPN la precocidad tiene el porcentaje más bajo con respecto a los otros requisitos, ya que sólo el 58% de las embarazadas comienzan sus CPN antes de las 20 semanas, pero es más alto respecto a cifras provinciales que registran el 56% del primer control antes de la semana 20, y datos nacionales que muestran el 32.6% respectivamente (56). Si se analiza la precocidad por trimestres en Villa Gobernador Gálvez sólo el 25% de las gestantes consultaron por primera vez en el primero, próximo también a datos nacionales con el 29%, pero mucho menor que en estudios de Brasil que presentó el 60.2% (30).

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

En la Argentina se calcula que el 18% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología durante su embarazo (56), de ellas son muchas las que se beneficiarían directamente de la atención prenatal si ésta fuera amplia y precoz.

Las actividades programadas en las visitas prenatales abarcan tanto la atención como la profilaxis y la educación, una manera de evaluar el proceso de atención de la embarazada es a partir de la realización de estas acciones, lo que permitiría cumplir con los objetivos del CPN en términos del requisito básico completud.

En concreto lo que se evaluó fue la falta de registro en el SIP, lo que no quiere decir que las actividades no se hayan hecho sino que no figuran en los registros digitalizados desde donde se hacen lecturas epidemiológicas.

Si bien los datos del examen clínico en el consultorio habitualmente se toman en forma sencilla es llamativo que no se los jerarquice a todos en los registros digitalizados. En muchas oportunidades no se encuentra desde la atención diaria cuál es el sentido de generar esta información, ya que no es un ejercicio frecuente analizar la propia práctica, o se encuentra fragmentado el análisis del proceso de atención de la embarazada, por un lado en el CAPS y por otro en la maternidad.

En cuanto a los exámenes complementarios solicitados (presentes en los registros), de los 8 evaluados 4 se chequean en forma más intensa: VDRL, VIH, Chagas y factor Rh. De los que se registraron con menor frecuencia, llama la atención que la prueba de hemoglobina no se haya anotado en los registros a todas las gestantes (sólo a un 63%) ya que la anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene (especialmente la anemia severa) en el embarazo donde se asocia a un aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer (36,59).

La serología para toxoplasmosis tampoco se realiza en forma masiva en esta población. Existe controversia en la literatura sobre la necesidad de implementar programas de tamizaje universal para toxoplasmosis, la prevalencia de mujeres susceptibles es altamente variable en diferentes países y aún en diferentes ciudades en un mismo país. La situación en

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Latinoamérica en términos epidemiológicos es desconocida (59). Así mismo hay un porcentaje importante (43%) no registrado en este estudio.

Una determinación sanguínea sencilla como la glucemia pareciera que no se le realizó en forma amplia a todas las embarazadas (sólo al 58%), siendo esta determinación más importante de lo que se piensa habitualmente. Se estima de que cada 200 mujeres embarazadas, una sufre diabetes mellitus y que de cada 100 mujeres embarazadas, 2 a 17 desarrollarán una diabetes gestacional. La frecuencia del problema es poco conocida en instituciones Latinoamericanas por la falta de estudios epidemiológicos poblacionales, esto condiciona una “baja prevalencia” debida al subdiagnóstico. Aunque no hay consenso total en la literatura médica acerca del tamizaje universal de diabetes gestacional en todas las embarazadas, la implantación de programas destinados a la detección de la diabetes gestacional en forma universal puede justificarse por la elevada morbimortalidad perinatal que la acompaña en aquellos casos que no es diagnosticada oportunamente (59).

El 72% de las gestantes realizó al menos un urocultivo para el tamizaje de bacteriuria asintomática. Tampoco hasta el momento existe consenso en la frecuencia óptima para repetir los cultivos de orina en la mujer gestante (59).

La vacuna antitetánica está disponible en todos los CAPS y se registró en un 96%, llamativamente en este registro del carné perinatal también participa el personal de enfermería, que históricamente y desde su formación se inculca la importancia de los registros.

Respecto a las actividades educativas, cabe mencionar que sólo una maternidad de las estudiadas utilizó la versión del SIP donde se registran las actividades de consejería en lactancia y preparación para el parto. En Villa Gobernador Gálvez se siguió usando una versión anterior de carné perinatal donde no se anotaban estos ítems, y por lo tanto no se registraban en el SIP. En 2011 se comenzó a utilizar el nuevo carné pero igualmente de estas actividades no hubo prácticamente registro.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

La consejería en lactancia materna se entiende como la entrega de información relacionada con los beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial, formas de amamantar, los cambios en la leche materna después del parto, habilitando a discutir dudas y preguntas de la embarazada. La preparación para el parto incluye conceptos acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio, también es un momento oportuno para recordar a la gestante los derechos que tiene según la legislación nacional y los acuerdos internacionales (79). Sólo se registró menos del 1% de estas actividades. Se reflexiona que al jerarquizar una actividad también se jerarquiza su registro, no parece que esto suceda con las actividades de promoción de la salud en las embarazadas.

En relación a los eventos perinatales adversos la población estudiada presentó 195 recién nacidos con BPN (8.2%), hubo 273 partos de pretérmino (11.6%), y 130 muertes fetales (5.5%) de las cuales 105 fueron precoces y 25 tardías.

Si se compara la proporción de recién nacidos con BPN (8.2%) respecto a los publicados a nivel nacional para establecimientos públicos (7.4%) se observa que es superior, no así para la provincia de Santa Fe (8.3%) (89).

La problemática del BPN, y según estratos que integran territorios-poblaciones relativamente homogéneos conforme a sus condiciones de vida, se ha determinado como un trazador de las desigualdades en salud (90).

El BPN es un factor conocido de mortalidad infantil, también puede repercutir en el recién nacido alterando su crecimiento y desarrollo. Está asociado a una mayor frecuencia durante el primer año de vida de trastornos como retraso del desarrollo neurológico y alteraciones respiratorias, así como también posiblemente a enfermedades del adulto como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II (90), perpetuando de esta manera las desigualdades sociales de las poblaciones menos favorecidas.

En la literatura se describe una fuerte asociación entre el BPN y la menor cantidad de cuidados prenatales (87), en coincidencia con este estudio.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

También estuvieron asociados a menor cantidad de consultas prenatales que las sugeridas por las normas nacionales las mujeres que presentaron partos de pretérmino, así como las muertes fetales tardías (mortinatos). La detección de mujeres con controles insuficientes en el embarazo permite inferir que desde el momento de la gestación los niños presentan ya desigualdades que comprometen seriamente su futuro (91).

En Villa Gobernador Gálvez hubo un 11.6% de partos de pretérmino, en Santa Fe 9.7%, y a nivel nacional 8.7% (89). Los prematuros están sujetos a problemas relacionados con su inmadurez, algunas de las patologías más frecuentes en este grupo son alteraciones metabólicas, incapacidad para regular la temperatura, problemas para alimentarse, enfermedad de la membrana hialiana, ictericia, infección, asfixia intrauterina y hemorragia intracraneana, aumentando considerablemente la morbimortalidad neonatal (92).

En la mayoría de los casos de muerte fetal la causa es desconocida, siendo los problemas más frecuentemente asociados: la anoxia intrauterina, las malformaciones congénitas y la prematurez. El factor de riesgo que con más frecuencia se asocia a mortalidad fetal tardía es la atención prenatal deficiente (93), siendo el factor principal (sobre el que giran los demás).

Las muertes fetales precoces merecen otro análisis. El aborto como problema de salud pública es uno de los temas que más debates suscita en torno a los derechos a decidir sobre el propio cuerpo, los derechos sexuales y reproductivos (10).

En las mujeres que presentaron las muertes fetales precoces se observa que el nivel de instrucción es mayor que el resto de la población de usuarias, y se piensa que esta situación pudo haber tenido relación con otros recursos simbólicos y un mejor acceso a información calificada que haya favorecido a la hora de decidir sobre su cuerpo y su salud.

Tal vez este fenómeno tenga asociación con un importante proceso de conocimiento social con respecto a este tema que se instaló en la sociedad en ese tiempo. En el año 2010 se elaboró un protocolo por expertos de la cartera sanitaria nacional con asesoramiento de la OPS que se llamó Guía técnica para la atención integral de abortos no punibles (94), que

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

interpreta las excepciones previstas en el artículo 86 del Código Penal, y establece la forma de garantizarlas en los establecimientos de salud. En la provincia de Santa Fe se convirtió en resolución ministerial la aplicación de esta guía. El avance local tiene que ver con darle un marco legal a la puesta en práctica de la guía, que obliga a los centros de atención sanitaria a utilizarla. Con esto, los efectores locales deben garantizar el acceso a los abortos permitidos, y se prohíbe la exigencia de una autorización judicial para llevar adelante la práctica. Se piensa que este contexto ha favorecido a que muchas mujeres decidan no hacerse un aborto clandestino y concurrir a efectores públicos (95).

La muerte fetal es un evento trazador, un problema de salud que permite a los evaluadores determinar debilidades y fortalezas de una práctica médica específica o de una red de servicios de salud. Cuando se analizan las muertes perinatales el foco suele centrarse en un error humano, pero este enfoque ha demostrado no ser efectivo para reducir los eventos adversos y mejorar la atención; el enfoque centrado en el sistema centra su mirada en las condiciones en las que trabaja el equipo de salud, su interés está en el origen de la cadena de errores: la falla latente o causa raíz del proceso de atención (96).

Este punto de vista implica que los mismos miembros del equipo de salud reflexionen, reconozcan y actúen sobre sus errores y sobre las fallas del sistema en el que trabajan. Sin embargo estudios nacionales e internacionales muestran que en los servicios de salud existe una tendencia al ocultamiento de los errores por el temor a la sanción o castigo. Este tipo de cultura organizacional es una barrera presente en la mayoría de las instituciones de salud (96).

La crisis financiera internacional del año 2009 tuvo un impacto en el empleo del aglomerado urbano Gran Rosario, con recuperación hacia fines de ese mismo año. Los sectores más afectados fueron el de la construcción, donde se registra una disminución de la dotación de personal (6). Esta etapa transitoria de desocupación en estos trabajadores, que en su gran mayoría se encuentran como mano de obra disponible en las zonas más desfavorecidas de la ciudad, tal vez ayude a aproximarse a pensar que este impacto en las condiciones de vida de esta población pudo haber contribuido al aumento de la mortalidad fetal ocurrida en ese mismo año y la mortalidad neonatal precoz del año siguiente.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

La mortalidad neonatal de 7.3‰ en Villa Gobernador Gálvez sigue sin descender, a expensas de la mortalidad neonatal precoz, y nuevamente en 2010 aumenta este indicador. Tratando de encontrar una relación con los procesos sociales coincide con el desempleo masivo en la construcción en ese período.

Durante los últimos años la TMI se ha estabilizado en Argentina, y está compuesta en sus 2 tercios por la mortalidad neonatal, que no desciende del 8 por mil. La mortalidad neonatal depende en un 70% de los recién nacidos de menos de 2500 gramos, por lo tanto se relaciona con un control prenatal adecuado como con la efectividad de la terapia intensiva neonatal. Observándose tanto en el sector privado como público un crecimiento desregulado de los servicios de neonatología, generando una crisis relacionada con la disponibilidad del personal médico y de enfermería realmente capacitado, y no con la disponibilidad de insumos y tecnología (75).

Para disminuir la mortalidad neonatal hay que enfatizar tanto en la atención preventiva del embarazo como herramienta fundamental, como en el desarrollo adecuado de la atención curativa de los cuidados intensivos neonatales (17,75).

Al analizar la frecuencia de resultados adversos perinatales en Villa Gobernador Gálvez nos encontramos con porcentajes más altos que en la provincia y el país, con cifras de BPN del 8.2%, pretérminos del 11.6%, una razón de mortalidad fetal del 7.3‰ y una tasa de mortalidad perinatal del 13.9‰ (89).

En el estudio de las desigualdades en salud, el territorio cobra una gran relevancia por diversos motivos: existen factores contextuales del área geográfica que explican la salud, independientemente de los factores individuales, como el medio ambiente, el urbanismo, los espacios de esparcimiento, la provisión de servicios, o los aspectos socioculturales (90). Generalmente existe una fuerte asociación entre las condiciones de vida y la ocupación geográfica del espacio (43,90).

A través del georreferenciamiento se identifican 2 unidades geográficas en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez donde se concentran la mayor cantidad de resultados perinatales

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

adversos, en coincidencia con territorios-poblaciones que presentan sus necesidades básicas insatisfechas, estas 2 unidades geográficas conformadas por los barrios La Ribera ( en la zona norte de la ciudad) y Coronel Aguirre (en la zona centro-oeste) muestran diferencias intraurbanas en la distribución territorial de los eventos perinatales adversos. Estos indicadores pueden estar revelando las desigualdades sociales que podrían determinar un mayor riesgo de enfermar en el embarazo.

## IX. CONCLUSIONES

A partir de la evaluación de la utilización del CPN realizada en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez se intentan responder las preguntas que en un principio de la investigación se realizaron.

La ciudad cuenta con 12 CAPS con personal capacitado para el seguimiento del embarazo y con libre elección del profesional por parte de la gestante, un hospital de mediana complejidad para hacer los estudios complementarios, y 2 maternidades seguras de referencia fuera de la ciudad pero geográficamente próximas en donde los partos son institucionales y atendidos por médicos.

El perfil sociodemográfico de las usuarias del Sistema de Salud Pública refleja que son mujeres jóvenes (mediana de edad materna de 23 años), en unión estable, con estudios básicos (primaria completa 78%) y no más de 3 hijos.

La cobertura del CPN es extensa (93%), pero las gestantes que llegan al parto con los 5 controles o más sólo alcanza al 66%, y el primer control es tardío con apenas un 25% de las embarazadas que consultan en el primer trimestre.

La evaluación de la completud de los CPN demuestra que la valoración clínica no es completa. Los exámenes complementarios son realizados en un 78.7%, y las determinaciones que son evaluadas en menor proporción son la serología para toxoplasmosis, la glucemia y la hemoglobina con las implicancias clínicas que esto puede generar: retardo mental, convulsiones y ceguera del recién nacido asociados a toxoplasmosis; prematurez, bajo peso y RCIU relacionados con anemia; polihidramnios, macrosomía, malformaciones fetales, abortos espontáneos y muertes perinatales de causa desconocida ligados a diabetes no diagnosticada; aumentando también la morbimortalidad materna. Las actividades de profilaxis evaluadas se realizan en la mayoría de las gestantes, no así las actividades educativas de las cuales no hubo prácticamente registro.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Al evaluar los resultados perinatales adversos como una manera de evidenciar las desigualdades en la utilización se observa que la morbimortalidad perinatal sigue siendo más alta que en la provincia de Santa Fe y el país. Con cifras de BPN del 8.2%, pretérminos del 11.6%, una razón de mortalidad fetal del 7.3‰ y una tasa de mortalidad perinatal del 13.9‰.

La mayor parte de estos eventos adversos se localizan en los 2 barrios más empobrecidos de la ciudad. Los diferentes patrones de utilización no pueden ser entendidos si no se tiene en cuenta el papel fundamental de las condiciones materiales de vida en el territorio.

Se encontró en el SIP una herramienta eficaz para conocer la realidad asistencial del embarazo, el parto y el recién nacido; información complementada por las estadísticas vitales surgidas a partir de los certificados de nacimiento y defunción, recopiladas y publicadas por las direcciones de estadísticas provinciales y nacionales.

Las responsabilidades de los sistemas públicos de salud incluyen cuidar que sus servicios se distribuyan de la manera más justa posible, y la evaluación de los servicios debe incluir la valoración de las desigualdades, especialmente en el primer nivel de atención donde los trabajadores de la salud son actores en situación.

Se considera que la evaluación periódica de las acciones y resultados del sistema de salud constituye la mejor garantía de que sus objetivos se están realizando o están en vías de hacerlo, por esta razón la evaluación de los servicios de salud, entendido como un determinante social intermediario de la salud (97), representa una actividad central de los gobiernos y las instituciones de investigación sanitaria.

Pese a la complejidad del problema, las gestantes que utilizan de manera inadecuada el CPN parecen poseer ciertas características socioculturales definidas por la desigualdad. De ahí que se deban identificar desde los equipos de salud del primer nivel de atención a estas mujeres y poner a su alcance el CPN. Asimismo es necesario estudiar más a fondo los factores psicológicos y sociales que inciden en la falta de utilización.

Perez JP. Evaluación de la utilización del control prenatal en el Sistema de Salud Pública de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, en el período 2008-2011. [Tesis] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

Cada una de las actividades relacionadas con un CPN completo (valoración clínica, exámenes complementarios, profilaxis y educación) son esenciales para prevenir alteraciones, definir intervenciones y apoyar una experiencia adecuada del embarazo, el parto y el puerperio; por ello sería conveniente realizar actividades periódicas en los CAPS y su equipo de salud para apoyar el mejoramiento de estas actividades, problematizando y discutiendo la responsabilización por el territorio y la población a cargo (la que demanda y la que no demanda), sobre todo en contextos de desigualdad.

Aparece totalmente aceptado que enormes desigualdades en salud se despliegan en el contexto latinoamericano, pero se desconocen gran parte de ellas, ya que se enmascara la criticidad de estas realidades en tanto son constatadas como un promedio de frecuencias de una unidad que contiene poblaciones con condiciones de vida totalmente distintas (90). Resultando una necesidad contar con información de salud a nivel local de estos grupos poblacionales en forma sistemática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Provincial de Estadística y Censos. Estadísticas.[Internet]. Santa Fe: IPEC [citado 28 feb 2012]. Disponible en:  
<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93664>
  
2. Sistema Provincial de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales Provincia de Santa Fe. Año 2007 [Internet] Santa Fé: Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Ministerio de Salud . [citado 18 set 2011]. Disponible en:  
<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/72934>
  
3. Schwarcz R, Diaz AG, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R, Delgado LR. Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención prenatal del parto de bajo riesgo y del puerperio. 2 ed. Santa Fé: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe; 1994.
  
4. Testa M. Saber en Salud. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
  
5. Wlosko M. Sujetos en tránsito. De la subjetividad práctico-profesional a la conformación de un sujeto epistémico. Revista Litorales [Internet]. 2002 [citado 15 set 2011]; 1(1).  
Disponible en: <http://litorales.filo.uba.ar/web-litorales/articulo2.htm>
  
6. Boletín mensual del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Gobierno de Santa Fe. Composición y evolución del empleo registrado. Provincia de Santa Fe. Febrero 2012[Internet]. Santa Fe [citado 18 nov 2012]. Disponible en:  
<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/138807/685618/file/bolet%20C3%20ADn%20mensual%20MTYSS%20%2802-12%29-1.pdf>
  
7. Sala de Situación del Ministerio de Salud y Secretaría de salud de Villa Gobernador Gálvez. Breve Informe de Situación Sociosanitaria Localidad: Villa Gobernador Gálvez [Internet]. Santa Fé: Ministerio de Salud Provincia de Santa Fé; 2011 [citado 15 set 2011].  
Disponible en:

<http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/125768/621554/file/Breve%20informe%20Situaci%C3%B3n%20socio%20sanitaria%20V.G.%20Galvez.pdf>

8. Garbus P, Solitario R, Stolkiner A. Derechos, ciudadanía y participación en salud: articulaciones con la accesibilidad simbólica a los servicios. Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca [Internet]. 2007 [citado 1 ago 2012];17(3):56-59. Disponible en: [http://www.ambb.com.ar/upload/files/revista\\_cientifica\\_datos/1381\\_RCAMBBvol17\\_3\\_pag56\\_59.pdf](http://www.ambb.com.ar/upload/files/revista_cientifica_datos/1381_RCAMBBvol17_3_pag56_59.pdf)
  
9. Jiménez C. Innovaciones en la gestión local de salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. Salud Colectiva [Internet]. 2009 [citado 9 nov 2012];5(2):211-224. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000200005&script=sci_arttext)
  
10. Sala de situación del Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de la mujer. Provincia de Santa Fe. Segundo informe [Internet]. Santa Fe: Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe; 2011 [citado 27 nov 2012]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/133665/658557/file/Segundo%20Informe%20Provincial%20de%20SDSS%20Salud%20de%20la%20mujer%20%28Noviembre%20de%202011%29.pdf>
  
11. Spinelli H, Alazraqui M, Calvelo L, Arakaki J. Mortalidad infantil. Un indicador para la gestión local. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud Publicación N° 51; 2000.
  
12. Stoll B, Kliegman R. Visión global sobre mortalidad y morbilidad. En: Nelson Tratado de Pediatría. 17ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. pp. 519-523.
  
13. Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica-2007 [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [citado 19 set 2011]. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario07.pdf>
  
14. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción [Internet]. Lanzamiento Iniciativa Regional por las madres y los

hijos, en pro de las metas del milenio 4 y 5; 19 set 2008; Palacio de La Moneda, Santiago [citado 20 set 2011]. Disponible en:

[http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf)

15. Sistema de Información del Ministerio de Salud. Gobierno de Santa Fe. Defunciones de menores de 1 año por Nodo (lugar de residencia de la madre) [Internet]. Santa Fe: SIMS [citado 3 mar 2011]. Disponible en: <http://salud.santa-fe.gov.ar/sims/index.php>

16. Sistema Provincial de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales Provincia de Santa Fe. Año 2005 [Internet] Santa Fe: Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Ministerio de Salud [citado 18 set 2011]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/41473>

17. Sistema Provincial de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales Provincia de Santa Fe. Año 2006 [Internet] Santa Fe: Dirección Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadística. Ministerio de Salud [citado 18 set 2011]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/53621>

18. Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica-2005 [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [citado 19 set 2011]. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario05.pdf>

19. Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica-2006 [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [citado 19 set 2011]. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario06.pdf>

20. Cruz Gallardo C, Robles Calvillo V, Hernández Blé J. Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco, México. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 4 mar 2012];35(1). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100016&lang=es&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100016&lang=es&tlng=es)

21. Organización Mundial de la Salud. Nuevas tendencias y métodos de asistencia maternoinfantil en los servicios de salud. Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud de la Madre y el Niño [Internet]. Ginebra: OMS; 1976 [citado 10 mar 2012]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_600\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_600_spa.pdf)
22. Ruiz Rodriguez M, Valdez Santiago R. Revisión sobre la Utilización de Servicios de Salud, 1996-2006. Revista de Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 7 mar 2012];10(2):332-342. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000200014&lang=es&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200014&lang=es&tlng=es)
23. Travassos C, Martins M. Uma revisão os conceitos de acceso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citada 22 set 2011]; 20 (2). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lang=pt&tlng=pt)
24. Mendoza Sassi R, Béria U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2001 [citado 7 mar 2012];17(4):819-832. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400016&lang=es&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400016&lang=es&tlng=pt)
25. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2002 [citada 2 oct 2011]; 11(5/6): Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=es&tlng=es)
26. Infante Castañeda C. Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública de México [Internet]. 1990[citado 6 mar 2012];32(4):419-429. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632405>
27. Tamez González S, Valle Arcos R, Eibenschutz Hartman C, Méndez Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso al control prenatal. Salud Pública de México [Internet]. 2006 [citada 28 set 2011]; 48 (5): Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lang=pt&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lang=pt&tlng=es)

28. Sánchez Pérez H, Ochoa Díaz López H, García Gil M, Martín Mateo M. Bienestar social y servicios de salud en la Región de Frayseca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. *Salud Pública de México* [Internet]. 1997 [citado 7 mar 2012];39(6)530-538.

Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000600006&lang=es&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000600006&lang=es&tlng=es)

29. Valle Llagostera J, Plasencia Asorey C, Valle García N, Nápoles Vaillant E, Matamoros Sánchez D. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. *Medisan* [Internet]. 2010 [citado 7 mar 2012];14(5). Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_5\\_10/san08510.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san08510.htm)

30. Coimbra L, Silva A, Mochel E, Alves M, Ribeiro V, Aragão V, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2003 [citado 6 mar 2012];37(4): 456-62. Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400010&lang=es&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400010&lang=es&tlng=pt)

31. Cano Serral G, Rodriguez Sanz M, Borrell C, Pérez M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2006 [citado 30 set 2011]; 20 (1): 25-30. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es)

32. Salvador J, Cano Serral G, Rodriguez Sanz M, Villalbí J, Cunillé M, Ricart M, et al. Evolución de las desigualdades según la clase social en el control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2007 [citado 30 set 2011]; 21 (5): 378-383. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000700003&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000700003&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es)

33. Llanos A, Morera Salas M, Barber Pérez P, Hernández K, Xirinach Salazar Y, Varga J. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Revista de*

salud pública [Internet]. 2009 [citado 7 mar 2012];11(3):323-335. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642009000300002&lang=es&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000300002&lang=es&tlng=es)

34. Organización Panamericana de la Salud. Hojas-Resumen sobre Desigualdades en Salud. Argentina [Internet] Organización Panamericana de la Salud; 2001 [citado 22 set 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/HojaResumenArgentina.pdf>

35. Lomuto C. Avance en el cumplimiento de las metas en favor de la madre y el niño para el año 2000. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá [Internet]. 1999 [citado 7 mar 2012];18(2):83-92. Disponible en: [http://www.sarda.org.ar/Institucional/Publicaciones/Revista\\_Sarda/1999/AVANCE\\_EN\\_EL\\_CUMPLIMIENTO\\_DE\\_LAS\\_METAS\\_EN\\_FAVOR\\_DE\\_LA\\_MADRE\\_Y\\_EL\\_NINO\\_PARA\\_EL\\_ANO\\_2000](http://www.sarda.org.ar/Institucional/Publicaciones/Revista_Sarda/1999/AVANCE_EN_EL_CUMPLIMIENTO_DE_LAS_METAS_EN_FAVOR_DE_LA_MADRE_Y_EL_NINO_PARA_EL_ANO_2000)

36. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Sistema Informático Perinatal de la República Argentina. Anuario 2006 de Información Perinatal [Internet]. Buenos aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007 [citado 25 set 2011]. Disponible en: <http://msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>

37. Rocha Peixoto C, Vieira Freitas L, Rocha Teles L, Câmara Campos F, Fontenele de Paula P, Castro Damasceno A. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2011 [citado 7 mar 2012];19(2):286-291. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>

38. Gonçalves R, Urasaki M, Merighi M, D'Avila C. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2008 [citado 7 mar 2012];61(3):349-353. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lang=es&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300012&lang=es&tlng=pt)

39. World Health Organization. Background paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems [Internet]. 27-28 ago 2001; Rio de Janeiro [citado 2 oct

2011]. Disponible en: [http://www.who.int/health-systems-performance/technical\\_consultations/effcov\\_background.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf)

40. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. Salud Pública de México [Internet]. 2007 [citado 3 oct 2011]; 49(1). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000700009&lang=pt&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700009&lang=pt&tlng=es)

41. Larrea C. Desigualdad social, salud materno-infantil y nutrición en ocho países de América Latina: Análisis comparativo de las encuestas DHS III. Borrador 2002. Programa de Nutrición y Alimentación. División de Promoción y Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2002 [citado 7 mar 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/larrea-encuestaDHS.pdf>

42. Larrea C. Desigualdad social, salud materno-infantil y nutrición en ocho países de América Latina: Análisis comparativo de las encuestas DHS III. Anexo metodológico. Metodología de la construcción de índices e indicadores de nivel de vida y salud. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2002 [citado 3 oct 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/larrea-anexometod.pdf>

43. Castro Hernandez M. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta de salud 2007 [tesis de maestría en Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009 [citado 7 mar 2012]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2615/>

44. Andreucci C, Cecatti J, Machetti C, Sousa M. Sis prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 7 mar 2012];45(5):854-863. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lang=es&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lang=es&tlng=pt)

45. Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Archivos Argentinos de Pediatría. 1996;94(4):232-237.

46. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 [citado 18 set 2011];23(2):321-330. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200008&lang=pt&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200008&lang=pt&tlng=es)
47. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. World Health Organization Regional Office for Europe. *Targets for health for all* [Internet]. 2000 [citado 3 nov 2012]; (1):1-18. Disponible en: [http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf)
48. Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. En: Minayo M, Coimbra Júnior C, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. pp.315-331.
49. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 [citado 29 feb 2012]; 21(1): 1-10. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000100001&lang=pt&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000100001&lang=pt&tlng=es)
50. Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. En: Spinelli H, organizador. *Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. pp. 247-77.
51. Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (El Caso de Salud)*. 2 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
52. Ribeiro Filho B. *Avaliação da qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do programa de saúde da família do municipio de Manaus-AM* [Tesis de Maestría en Internet]. Manaus: Subprograma de Maestrando Interinstitucional da CAPES Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane Universidade Federal do Amazonas; 2004 [citado 25 set 2011]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-398402>

53. Batalla Martínez C, García Soldevila M, Sánchez Beiza L. Embarazo y parto no complicados. En: Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3ª ed. Barcelona: Doyma; 1994. pp. 410-424.
54. Cáceres Manrique F, Díaz Martínez L. La mortalidad materna en el Hospital Universitario Ramón González Valencia entre 1994-2004. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2007 [citada 26 set 2011]. 58 (2): Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es)
55. Díaz Martínez L, Cáceres Manrique F, Becerra Mojica C, Vera L, Uscátegui Dacartt A. Causas y determinantes de la mortalidad perinatal, Bucamaranga, 1999. MedUNAB [Internet]. 2000 [citado 26 set 2011]. 3 (7): Disponible en: [http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r37ao\\_r1.pdf](http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r37ao_r1.pdf)
56. Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Martinez I, Galimberti D, García O, et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2001 [citado 25 set 2011]. Disponible en: <http://msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/01-PRENATAL.pdf>
57. Almeida Filho N, Rouquayrol M. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.
58. Almeida Filho N, Castiel L, Ayres J. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva [Internet]. 2009 [citado 5 mar 2012];5(3):323-344. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000300003&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&tlng=es)
59. Fescina R, De Mucio B, Díaz Rosello J, Martínez G, Serruya S. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2ª ed. Montevideo: CLAP/SMR Publicación Científica N° 1573; 2010.
60. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1998.

61. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompart V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2008 [citado 4 mar 2012];27(3):114-119. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/912/91227304.pdf>
62. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. Revisión sistemática de la OMS de los estudios controlados aleatorizados de control prenatal de rutina. Investigación en Salud [Internet]. 2002 [citado 30 set 2011]. 5 (1): Disponible en: [http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista\\_Inv\\_Web/vol5n1y2\\_art6.htm](http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol5n1y2_art6.htm)
63. Cáceres Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2007 [citada 26 set 2011]; 60 (2): Disponible en: [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No2\\_Abril\\_Junio\\_2009/v60n2a07.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a07.pdf)
64. Comes C, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu. Investig. Fac. Psicol. Univ. B. Aires [Internet]. 2009 [citado 3 ago 2012];14(1):201-209. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lang=pt)
65. Comes Y, Stolkiner A. Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anu. Investig. Fac. Psicol. Univ. B. Aires [Internet]. 2005 [citado 5 de ago 2012];12:137-143. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862005000100013&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862005000100013&lang=pt)
66. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública de México [Internet]. 1992[citado 6 mar 2012]; 34:36-49. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10634105>

67. Frenk J, White K. El concepto y la medición de accesibilidad. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. 1992; OPS (publ cient 534): 929-943.

68. Arredondo A, Meléndez V. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. Revista médica de Chile [Internet]. 2003[citado 3 mar 2012];131(4):445-453. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es)

69. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. Salud Mental[Internet]. 2010[citado 6 mar 2012];33(5):397-408. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58219793004>

70. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? Journal of Health and Social Behavior [Internet]. 1995 [citado 26 nov 2012];36(1)1-10. Disponible en:

[http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting\\_Behavioral\\_Model\\_and\\_Access.pdf](http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting_Behavioral_Model_and_Access.pdf)

71. Nirenberg O. Aportes de la Evaluación para el Desarrollo de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Cuaderno N°41 [Internet]. Buenos Aires: Centro de Apoyo al Desarrollo Local; 2008 [citado 2 oct 2011]. Disponible en:

[http://www.ceadel.org.ar/cuadernos/Evaluac\\_Desarrollo\\_OSC-41.pdf](http://www.ceadel.org.ar/cuadernos/Evaluac_Desarrollo_OSC-41.pdf)

72. Nirenberg O. Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales [Internet]. VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 5-9 nov 2001 Buenos Aires [citado 7 mar 2012]. Disponible en:

<http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/clad/cong6/7nov/49/nirenber.pdf>

73. Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V. Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Paidós; 2000.

74. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). [Editorial]. Control de calidad asistencial [Internet]. 1991 [citado 21 nov 2012];6(2):31-39. Disponible en:  
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/263.pdf>
75. Ministerio de Salud de la Nación – Organización Panamericana de la Salud. Regionalización de la atención Perinatal [Internet]. MSN – OPS/OMS; 2011 [citado 25 nov 2012]. Disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1591.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1591.pdf)
76. Araújo Hartz Z, Vieira da Silva, L. Evaluación en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
77. Spinelli H. Além da quantidade e do objetivo: a avaliação como parte das micropráticas de trabalho. En: Onocko Campos R, Pereira Furtado J, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental. Desenho participativo e efeitos da narratividade. San Pablo: Hucitec; 2008.
78. Aronna A, Luppi I. Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica. Investigación en Salud [Internet]. 2005/2006 [citado 10 mar 2012];7(1y2). Disponible en:  
[http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista\\_Inv\\_Web/vol7n1y2\\_art5.htm](http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol7n1y2_art5.htm)
79. Fescina R, Butrón B, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello J, Camacho V, et al. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. OPS. Publicación CLAP/SMR N° 1563 [Internet]. 2007 [citado 7 dic 2012]. Disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201563.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201563.pdf)
80. Loyola E, Castillo Salgado C, Nájera Aguilar P, Vidaurre M, Mujica O, Martínez Piedra R. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las

desigualdades de salud. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 25 nov 2012];12(6):415-428. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v4/art6.pdf>

81. Urquía M, Alazraqui M, Spinelli H, Frank J. Referencias poblacionales argentinas de peso al nacer según multiplicidad del parto, sexo y edad gestacional. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 1 dic 2012];29(2):108-19. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892011000200006&script=sci_arttext)

82. Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica-2010 [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [citado 10 dic 2012]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf>

83. Sala de situación del Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe. Primer informe [Internet]. Santa Fe: Ministerio de Salud Provincia de Santa Fe; 2011 [citado 15 nov 2012]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/128722/636232/file/02%20Primer%20Informe%20sala%20de%20situacion%20para%20web.pdf>

84. Borrell C. Desigualdades y Servicios de Salud. Saúde e Sociedade [Internet]. 2006 [citado 20 nov 2012];15(2):9-22. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200003&lang=pt&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200003&lang=pt&tlng=)

85. Boletín Oficial del jueves 9 de febrero de 2012 – Avisos Oficiales [Internet]. Gobierno de Santa Fe; 2012 [citado 26 nov 2012] Disponible en: <http://gobierno.santafe.gov.ar/boletinoficial/template.php?mostrarmenu=SI&include=boletines/09-02-2012avisos.html&pdia=ultimo&dia=2012-02-09&ptitulo=Bolet%EDn%20Oficial%20del%20jueves%209%20de%20febrero%20de%202012%20-%20Avisos%20Oficiales%20-%20>

86. Martínez González L, Reyes Fraustro S, García Peña M. Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México

[Internet]. 1996 [citado 28 nov 2012];38(5):341-351. Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10638505>

87. Ramirez Zetina M, Richardson H, Ávila V, Caraveo E, Salomón R, Bacardí M, Jiménez Cruz A. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. Rev Panam Salud Pública Internet]. 2000 [citado 17 nov 2012];7(2):97-101. Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000200005&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000200005&lang=pt)

88. Bronfman Pertzovsky M, López Moreno S, Magis Rodriguez M, More Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública México [Internet]. 2003 [citado 16 nov 2012];45(6):445-454. Disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000600004&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600004&lang=pt)

89. Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica-2011 [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación [citado 29 nov 2011]. Disponible en:

<http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro55.pdf>

90. Pepe J, Mingillo L, Nardi E, Hraste M, Castañeda H, Roca Sallefranque C, et al. Aportes para una epidemiología ambiental del Bajo Peso al Nacer en territorios-poblacionales de Concepción del Uruguay, Entre Ríos. 2004-2006. Reseña de Publicación del Proyecto de investigación N° 10037/2 Facultad de Ciencias de la Salud. UNER. Disponible en:

<http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/Concepcion/pdf/AportesEpidemiologia.pdf>

91. Checa S. Uso y Gestión de los Servicios de Salud Pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 1996 [citado 13 dic 2012];15(1):12-16. Disponible en:

<http://www.sarda.org.ar/content/download/432/2154/file/12-16.pdf>

92. Ceriani Cernadas J. Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional. En: Neonatología práctica. 3ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. pp.25-35.

93. Panduro J, Pérez J, Panduro E, Castro J, Vázquez M. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Rev chil obstet ginecol [Internet]. 2010 [citado 24 nov 2012];76(3):169-174. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000300006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000300006&lang=pt)
94. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles [Internet]. Buenos Aires; 2010 [citado 29 nov 2012]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>
95. Rodriguez Almada H, Rodríguez F, Berro Rovira G. Aborto por indicación médico-legal: pautas para su práctica institucional en Uruguay (2009). Reb Med Urug [Internet]. 2009 [citado 1 dic 2012];25(4):230-238. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2009v4/art6.pdf>
96. Ortiz Z, Esandi M, Andina E. El Análisis Causa-Raíz. Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. 2011 [citado 23 nov 2012] <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia-ACR-Baja.pdf>
97. Elaboración colectiva por el Comité Organizador del Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión [Internet]. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud ALAMES; 30 set-2 oct 2008; Rectoría General, Universidad Autónoma de la Ciudad de México [citado 2 dic 2012] Disponible en: <http://alamesuy.blogspot.com.ar/2008/12/taller-latinoamericano-sobre.html>