

A propósito de «Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo, Uruguay»,

de H.A. von Waldenfels y col.

Dr. Hugo Dibarboure-Icasuriaga

Palabras clave:
Atención prenatal
Embarazo
Niveles de atención de salud.

Dr. Hugo Dibarboure
Médico especialista en Salud Pública

Es un hecho positivo comprobar que paulatinamente, dentro del área de la salud, comienzan a producirse trabajos que evalúan servicios. Algunos números atrás, la Revista Médica del Uruguay publicó «Tiempo perdido en cáncer». Ahora, este artículo que comentamos, es otro ejemplo de la saludable tendencia señalada. El comentario transcurrirá sobre aspectos relativos al método, la discusión y las conclusiones del artículo.

1. Sobre el método

- a. El título y el texto del trabajo aluden sin limitación a los factores que condicionan el control prenatal. Sin embargo el estudio se limita al análisis de características sociales, opiniones y consultas realizadas por 220 puérperas. Hay pues una inadecuación entre lo que se enuncia y lo que se realiza, excepto que los autores consideren que los factores en estudio sólo pueden corresponder al usuario, nunca al servicio.
- b. La encuesta se realiza a personas internadas, por parte de personal médico. Uno de los autores trabaja en el servicio donde se recabaron los datos. No se considera el eventual sesgo que pueden determinar estos hechos en las respuestas obtenidas. Sólo se alude a que «la situación psicológica post-parto puede distorsionar respuestas», como si no pudiera influir la situación de dependencia real o imaginada de la paciente con el personal que la interroga. No se realiza el control variando el método de recolección de las respuestas.

2. Sobre la discusión

Es llamativa la benevolencia sistemática con que se

considera el servicio que se ofrece, en contradicción con la visión del usuario, que es justamente lo que se estudia. De acuerdo a datos que proporciona el trabajo puede decirse:

- a. 17% de la muestra no concurre al control prenatal «por mala organización de las policlínicas. Se mencionaron el tiempo de espera, el maltrato y el horario».
- b. Otras razones para la no concurrencia fueron: 18% por los hijos, 13% por el trabajo, 8% por miedo, 7% porque no tenía carné. Se supone que el programa de control de embarazadas, que el M.S.P. define como problema prioritario de salud en el país, es para todas las embarazadas no para las nulíparas en desempleo, valerosas e informadas. Así pues que conforme al maltrato propiamente dicho, presente en un porcentaje tan importante como escasamente enfatizado, estas razones para la no concurrencia también deben adjudicarse al servicio.
- c. En 17% de los casos la puérpera «no supo» qué contestar. Nos parece que debió decirse no contestó. Ese es el hecho registrable, lo otro una interpretación. También puede interpretarse que tuvieron miedo. Al fin si 8% tuvo miedo de concurrir al control prenatal pero no de decirlo, pudo haber otro 8% que tuviera miedo de ambas cosas. Consideramos muy presumible que algunos casos de este 17% correspondan a causas para la no consulta, propias del servicio.
- d. La catalogación «control prenatal» se hizo con que hubiera «un único control en el carné perinatal». «En seis casos faltaron los datos del carné perinatal, pero se contaba con resultados paraclínicos por lo cual se admitieron dichas pacientes como controladas». No se fundamenta la opción por estos criterios. En «Normas de atención materno-infantil» (1), se dice a texto

Correspondencia:
Figueira 2322
Montevideo, Uruguay
Recibido: 15/11/91
Aceptado: 5/12/91

Ver artículo de H.A. von Waldenfels y col en esta publicación, página 61.

CUADRO I.

Conversión a valores absolutos de los porcentajes de puérperas encuestadas, según el número de consultas realizadas

% del total	Número de personas encuestadas	Número de consultas de c/embarazada	Número total de consultas
30	66	0	0
7	16	1	16
6	13	2	26
5	11	3	33
8	18	4	72
6	13	5	65
9	20	6	120
8	18	7	126
7	16	8	128
3	7	9	63
6	13	10	130
1	2	11	22
1	2	12	24
1	2	13	26
1	3	14	42
Total ≈ 100%	220	—	893

expreso que «se determinan las normas mínimas requeridas sin cuyo cumplimiento no se considerará como control prenatal». Y se especifica la norma. En el propio trabajo que comentamos se dice «en Uruguay el M.S.P. recomienda la realización de más de 10 controles durante el embarazo». De acuerdo a estos criterios, que son los establecidos por la autoridad sanitaria, no hubieran podido incluirse como habiéndose realizado el control prenatal todas aquellas puérperas que se realizaron menos de 11 controles durante el embarazo. En el cuadro I se expone la conversión a valores absolutos de los porcentajes de puérperas encuestadas según el número de consultas realizadas por cada una, correspondiente a la figura 1 del trabajo que comentamos. De acuerdo a estos datos, sólo 9 puérperas de las 220 encuestadas, 4% realizaron por lo menos 11 controles prenatales.

En vez de atenerse a la norma oficial, se puede adoptar el criterio realista que proponen G. Quesada y M. Carro definiendo «como valor óptimo del número de consultas por embarazo el valor 8, que se obtiene considerando 75% de lo que establecen las normas» (2). Usando este criterio estimamos que de las 220 puérperas encuestadas, 45 (20,6%) realizaron 8 y más controles.

e. Otra forma de evaluar el servicio es analizar el número de consultas realizadas. De acuerdo a datos del trabajo convertidos a valores absolutos en el Cuadro 1, estimamos que según las normas determinadas por el M.S.P. debieron realizarse 2420 consultas y que en cambio se realizaron 893, 36,9% de aquellas. Si el análisis lo realizamos sólo en el subconjunto que consultó, estimamos que las 154 embarazadas que

realizaron el control prenatal debieron consultar 1694 veces pero lo hicieron 893 según se expuso, 52,7% de aquel total. Si se realiza igual estimación pero referida al valor 8 propuesto por Quesada y Carro (2), debieron haberse realizado 1760 consultas en el total de puérperas encuestadas y 1232 en el caso de las 154 que consultaron alguna vez. Las 893 consultas registradas constituyen respectivamente 50,7% y 72,5% de aquellos totales. Estos porcentajes son iguales a los que pueden estimarse a partir del número de consultas realizadas en los establecimientos del M.S.P. en 1989 (3), corrigiéndolos según subregistro estimado y atribuyendo arbitrariamente que 70% de las consultas gineco-obstétricas realizadas en el Servicio de Asistencia Externa (SAE), que no se discriminan, son obstétricas.

3. Sobre las conclusiones

Como corolario de los datos presentados puede decirse:

- de 220 puérperas encuestadas, 9 (4%), cumplieron las «normas mínimas requeridas sin cuyo cumplimiento no se considerará como control prenatal» (1). 45 puérperas (20,6%), cumplieron 8 y más controles.
- 66 puérperas (30%) no consultaron nunca durante el embarazo.
- dentro del grupo de las que consultaron, se realizaron 52% de las consultas normatizadas; 72,5% en caso de adoptarse como norma el valor 8 por embarazo (2).
- Por lo menos 63% de las razones dadas por las puérperas para no realizar el control prenatal, adjudican la responsabilidad de ello a las características del servicio. Especialmente grave es la referencia al maltrato.

En otras palabras, de acuerdo a la información presentada puede decirse que el sistema de control de embarazadas realizado por el M.S.P. no cumple con objetivos mínimos. Esta situación debe enfatizarse en relación con el «Análisis de la opinión de los montevideanos acerca de los hábitos, costumbres y actitudes sobre la salud materno-infantil» (4). Según este trabajo 100% de la población montevideana considera conveniente el control del embarazo y entre 70% y 94%, según grupos étnicos, considera imprescindible dicho control. A nuestro entender la diferencia entre la opinión y la conducta debe atribuirse a la incapacidad captadora del servicio ya sea por sus carencias o por sus excesos, como en el caso del maltrato. No invalida esta opinión el hecho que hayan puérperas procedentes del interior.

El trabajo que comentamos omite estas conclusiones específicas que surgen de él y que configuran un problema nacional de salud pública. En su lugar aporta opiniones de los autores sobre eventuales soluciones a un problema que no se define. Estas eventuales soluciones no están fundamentadas en el trabajo ni van más allá de un enunciado general y vago. Así es como se preconiza «un cambio en la estructura organizativa de las policlínicas» sin que se diga en qué consiste «una política de información» que el citado trabajo de Equipos Consultores contradice por lo menos parcialmente. Se advierte que estas medidas «implicarían gastos adicionales para el sistema de salud» pero que la relación costo/beneficio lo justificaría.

Nos parece inconveniente este tratamiento superficial, como al pasar, del tema que se plantea pero no se menciona y que es simplemente el fracaso del sistema de captación y control de embarazadas en la población tributaria del M.S.P. Se trata del sistema de atención de la salud en general y del sector público en particular, en Uruguay; de su gestión en un área determinada de la salud, de los epifenómenos que se generan, de la marginación en el Uruguay de hoy. De que el objetivo es mejorar el servicio, no sólo la condición de quienes debieran prestarlo. Demasiado problema para solucionarlo con un arreglito en «la estructura organizativa de las policlínicas». Como tapar el cielo con un harnero.

Bibliografía

1. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Normas de atención materno-infantil. Sección obstétrica y neonatal. Montevideo, 1988.
2. **Quesada G, Carro M.** Enfoque sistémico en la evaluación de servicios materno-infantiles. Atención Primaria de Salud. Documento N° 12. Montevideo. Ministerio de Salud Pública. UNICEF. 1991.
3. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** División Estadística. Número de consultas realizadas en los establecimientos del M.S.P. en 1989. (Documento de circulación interna).
4. **Equipos Consultores Asociados.** Análisis de la opinión de los montevideanos acerca de hábitos, costumbres y actitudes sobre salud materno-infantil. In: Atención Primaria de Salud. Documento N° 9. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. UNICEF, 1989.



**NUEVA IMAGEN
DE UNA
TRADICIONAL
CONFIANZA**

LABORATORIOS
BOME S.A.