

Utilización de los servicios sanitarios por las embarazadas seguidas en un centro de salud*

J. Mancera-Romero^a, F. Paniagua-Gómez^a, M.J. Romero-Pinto^b, M.R. Sánchez-Pérez^a, M. Kuhn-González^a y J.L. Casals-Sánchez^a

^aMédicos de familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. España.

^bMatrona. Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga. España.

INTRODUCCIÓN. Nuestros objetivos son describir el perfil sociodemográfico de las embarazadas seguidas en el centro de salud, estimar la frecuencia de la utilización de los servicios sanitarios y analizar los factores que puedan influir en la diferente utilización.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal con una segunda fase analítica. Centro de salud urbano. Población: embarazadas que hayan parido durante el año 2005. Variables: utilización de los servicios sanitarios, sociodemográficas, psicosociales, obstétricas y de morbilidad. Análisis estadístico: tablas de frecuencia para las variables cualitativas y resúmenes numéricos para las variables cuantitativas; análisis bivalente para relacionar cada variable independiente con cada una de las variables dependientes y creación de un modelo de regresión lineal multivariante para controlar los posibles factores de confusión.

RESULTADOS. Cuatrocientos diecinueve partos. El 64% de los embarazos se siguió en el centro, 25% en el segundo nivel y 11% en la medicina privada. La utilización media de los servicios sanitarios fue de 38,6 visitas (IC95% 37,31-39,89). Todas las mujeres acudieron al programa de control de embarazo: 7,37 visitas (IC95%: 7,24-7,50). El 98% acudió a la matrona (7,86 visitas; IC95% 15,03-16,93). El 99,6% utilizó los servicios de apoyo (media de 5,79 visitas; IC 95% 5,60-5,98). El 52% acudió a las urgencias hospitalarias (media de 0,84; IC95% 0,72-0,96). El 61% de las mujeres acudió en alguna ocasión al ginecólogo privado (media de 1,26; IC95% 1,08-1,44).

CONCLUSIONES. Se encuentra un elevado porcentaje de embarazos seguidos en Atención Primaria y una alta utilización de los servicios sanitarios durante el embarazo. La experiencia obstétrica previa parece disminuir la utilización.

Palabras clave: embarazo, utilización servicios sanitarios, Atención Primaria.

INTRODUCTION. We have aimed to describe the sociodemographic profile of pregnant women followed-up in the health care center, estimate frequency of their use of the health care services and analyze the factors that may influence the different use.

PATIENTS AND METHODS. Descriptive, cross-sectional study with the second analytic phase. Urban health care center. Population: pregnant women who gave birth in the year 2005. Variables: use of the health care, sociodemographics, psychosocial, obstetrics services and morbidity. Statistical analysis: frequency tables for qualitative variables and numeric summaries for the quantitative variables; bivariate analysis to compare each independent variable with each one of the dependent ones and creation of a multivariate linear regression model to control possible compounding factors.

RESULTS. Four-hundred and nineteen deliveries. A total of 64% of them were followed-up in the center, 25% were seen on the second level and 11% in private medicine. Mean use of the health care services was 38.6 visits (CI 95% 37.31-39.89). All the women came to a pregnancy control program: 7.37 visits (CI 95%: 7.24-7.50). A total of 98% came to the midwife (7.86 visits; CI 95% 15.03-16.93) and 99.6% used the support services (mean of 5.79 visits; CI 95% 5.60-5.98). A total of 52% came to the hospital emergency service (mean of 0.84; CI 95% 0.72-0.96). At some time, 61% of the women went to a private gynecologist (mean 1.26; CI 95% 1.08-1.44).

CONCLUSIONS. A high percentage of pregnant women are followed-up in Primary Care. There is high use of the health care services during pregnancy. Previous obstetrics experience seems to decrease its use.

Key words: pregnancy, health care service use, Primary Care.

Correspondencia: J. Mancera-Romero.
Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga.
C/ Sancho Miranda, 9.
29014 Málaga. España.
Correo electrónico: jmancerar@papps.org

Recibido el 14-10-08; aceptado para su publicación el 11-03-09.

*Este estudio fue subvencionado por la Fundación SEMERGEN y GlaxoSmithKline como "Ayuda a Proyectos de Investigación 2005".

INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas la utilización de los servicios sanitarios (SS) ha experimentado un importante incre-

mento, tanto en la Atención Primaria (AP) como en la hospitalaria¹. Este incremento en el uso de los servicios ocasiona, entre otras consecuencias, un aumento en el gasto sanitario, la persistencia de listas de espera excesivas y la aparición del síndrome del quemado entre los profesionales. El embarazo es una situación especial en la vida de la mujer en la que, por diversos motivos, se acude con más frecuencia a los SS. Los cambios sociales y demográficos han condicionado la disminución del número de embarazos, la planificación de estos y una mayor preocupación por el seguimiento. Estos cambios han provocado un incremento en las medidas preventivas asociadas a la etapa del embarazo y también una ampliación de los servicios: programa de seguimiento del embarazo normal en AP, consultas específicas en el segundo nivel de asistencia para el seguimiento de los embarazos de medio y alto riesgo, seguimiento en los SS privados. Esta amplia oferta favorece, en muchas ocasiones, una competencia de los diferentes niveles asistenciales por captar y prestar atención a las embarazadas.

La utilización de los SS depende de varios factores relacionados con el usuario, el profesional y la organización²⁻⁴. Algunos de los factores dependientes del usuario son: la morbilidad crónica, el nivel de enfermedad (percibido u objetivo)^{5,6}, la patología mental, la falta de apoyo social, la disfunción familiar, las creencias en salud, el nivel de educación sanitaria, el sexo y la edad y la accesibilidad (de los proveedores o del propio usuario). Dentro de los factores dependientes del profesional destacan: la demanda inducida por el proveedor, la insatisfacción profesional, los estilos de práctica clínica y la formación. Y por último, entre los factores de la organización podemos diferenciar entre macro-organización (tamaño y estructura del cupo, continuidad de cuidados, relaciones con el segundo nivel, normas administrativas, incentivos, sistemas de citas, optimización burocrática) y micro-organización (optimización burocrática de la consulta, atención protocolizada, trabajo en equipo, derivaciones de calidad, etc.).

La amplia y diversa gama de servicios que se ofertan a la mujer embarazada, la universalización y gratuidad de la asistencia sanitaria, las características de la sociedad de consumo en la que estamos inmersos y las vivencias de la embarazada y de su familia durante esta etapa de la vida plantean, al menos, tres problemas. Por una parte se produce un elevado número de visitas a los SS (públicos y privados, de AP y de atención especializada), inducido en gran medida por los proveedores (protocolos de seguimiento con gran número de visitas, tecnología punta en la asistencia privada)⁷. Por otro lado, y a pesar de la universalización y gratuidad de la asistencia, siguen existiendo diferencias en la utilización (tanto en el número de veces que usan los SS como en el tipo de servicios a los que acuden)^{8,9}. En tercer lugar, no está bien definido cuál es el número de visitas adecuadas para un mejor resultado en el momento del parto^{10,11}. Estos tres aspectos conducen a que los SS sufran una mayor demanda de asistencia, a que se produzca cierta inequidad en el seguimiento de las embarazadas (con el consiguiente incremento de los riesgos

en la madre y el recién nacido) y a una disparidad en los criterios profesionales de actuación.

Tradicionalmente en España la atención al embarazo se ha realizado por los obstetras y ginecólogos. Tras la reforma sanitaria de los años ochenta del siglo pasado, la AP adquirió una serie de elementos conceptuales que la caracterizan: integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios, comunitaria y participativa, programada y evaluable y docente e investigadora. En este contexto la AP asume el control y seguimiento de los embarazos de bajo riesgo obstétrico, la atención preconcepcional, la educación maternal y la visita puerperal como parte de las actividades que conforman el programa de la mujer^{12,13}. Las actividades de prevención en la atención maternoinfantil que se desarrollan en AP presentan una rentabilidad coste/beneficio incuestionable. Una adecuada atención a la embarazada permitirá mejorar la salud de la madre y de su hijo.

Actualmente existen diferencias en la organización de la atención al embarazo normal entre los distintos países, comunidades autónomas españolas e incluso dentro de los mismos distritos sanitarios. También existen diferencias en cuanto a la implicación de los distintos profesionales: médicos, enfermería y matronas. En Andalucía^{14,15}, el seguimiento del embarazo normal está encomendado a la AP y se extiende por todo su territorio y a toda la población.

El embarazo es una situación especial en la vida de la mujer, que ha llegado a convertirse en muchas ocasiones en una situación única. Esto conlleva unas vivencias especiales de la mujer, y de su entorno, y el embarazo se convierte en un acontecimiento vital que a menudo es estresante. A pesar de la cobertura prácticamente universal del aseguramiento público, y por los motivos mencionados, el embarazo se presta a una utilización de los SS privados bastante más elevada que ante otros problemas de salud. Es habitual que la embarazada utilice al mismo tiempo el sistema público y el privado, produciéndose una duplicidad de actuaciones e incluso contradicciones en la recepción de los mensajes y recomendaciones^{16,17}. La utilización conjunta de ambos sistemas repercute en un innecesario aumento de las listas de espera, en un aumento del gasto, en la duplicidad de pruebas complementarias y en discrepancias en las medidas preventivas. Además, la utilización del SS privado puede indicar, entre otras cosas, una falta de confianza en el sistema público o una búsqueda de prestaciones que el sistema público no oferta a las embarazadas. La edad, el estado civil, el domicilio, la clase social, la existencia de seguro privado, la función familiar, el apoyo social y otros aspectos subjetivos se han relacionado con la utilización de los SS², del mismo modo que los antecedentes obstétricos y la morbilidad crónica.

Nuestros objetivos son:

- 1) Describir el perfil sociodemográfico de las embarazadas seguidas en el centro de salud (CS).
- 2) Estimar la frecuencia de la utilización de los SS.
- 3) Analizar los factores que puedan influir en la diferente utilización de los SS.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal con una segunda fase analítica. CS urbano que atiende a una población de 36.157 habitantes¹⁸. El 51,08% son mujeres. Edad media de 37,51 años. Elevado número de mujeres en edad fértil: 10.080 (27,89%). Número de nacimientos en los años anteriores: 350-370 anuales. Nuestra población de estudio, criterios de inclusión, está compuesta por mujeres embarazadas que hayan parido durante el año 2005 (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre), con cobertura sanitaria pública, con médico asignado en el CS y que durante el embarazo contacten, por cualquier motivo, con dicho centro. Criterios de exclusión: desplazadas, problemas de comprensión del idioma, deficiencias mentales que dificulten la comprensión o respuestas a los cuestionarios.

La variable dependiente o de resultados es la utilización de los SS. Se define la utilización de los SS como todo contacto que la embarazada tenga con los mismos. Se incluye la primera visita puerperal. Se excluyen las consultas telefónicas, las realizadas por terceras personas, la realización de pruebas complementarias (extracciones de sangre, análisis de orina, electrocardiograma, tiras reactivas diagnósticas), administración de inyectables y curas.

1) Servicios sanitarios del CS: consulta médico demanda (consulta con el médico del CS a petición de la embarazada), consulta programa embarazo (consulta de control y seguimiento del embarazo realizada en el CS) y consulta enfermería (consulta con la enfermera del CS a petición de la embarazada).

2) Consulta de la matrona: demanda (consulta con la matrona en el CS a petición de la embarazada), educación maternal (sesión grupal realizada con la matrona en el CS) y visita puerperal (primera visita realizada tras el parto en el domicilio o en el CS).

3) Dispositivos de apoyo: ecografías (visita realizada al Centro de Alta Resolución de Especialidades para la realización de ecografía), consulta de medio y alto riesgo y diagnóstico prenatal (realizada con el ginecólogo para el seguimiento de los embarazos de medio y alto riesgo y la realización de amniocentesis), monitorización fetal (sesiones de monitorización fetal en las últimas semanas del embarazo), consulta de odontología (consulta con el odontólogo en el CS).

4) Servicios hospitalarios: urgencia (visita al Servicio de Urgencias de cualquier hospital y que no requiere ingreso), ingreso (internamiento en un hospital por cualquier motivo), ingreso para el parto.

5) SS privados: consulta con un ginecólogo para seguimiento del embarazo, tanto en la consulta privada como en consultas externas hospitalarias y consulta al odontólogo.

Las variables independientes las agrupamos en 5 apartados:

1) Variables sociodemográficas: a) edad (número de años que tendrá la mujer en la fecha probable de parto);

b) estado civil (situación civil en la que se encuentra la embarazada al inicio del embarazo: casada, viuda, soltera, separada, vive con su pareja sin vínculo legal, otras); c) domicilio; d) clase social (para definir la clase social utilizamos la clasificación propuesta por el Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, en la que se contemplan dos aspectos diferentes: la ocupación y el nivel de estudios¹⁹, y e) tipo de aseguramiento (se define como aseguramiento público aquel en el que la mujer tiene cobertura sanitaria pública y dispone de médico asignado en el CS y aseguramiento mixto aquel en el que la mujer dispone de cobertura sanitaria pública y otro seguro sanitario de carácter privado).

2) Variables psicosociales: por una parte, la función familiar mediante el cuestionario de Apgar familiar²⁰. La versión española está compuesta de 5 preguntas, cada una de ellas con las tres mismas categorías de respuesta ordinal de tipo Likert. Las puntuaciones para cada categoría de respuesta son “casi nunca” = 0, “a veces” = 1 y “casi siempre” = 2. Sumando las puntuaciones de cada uno de los 5 ítems, obtenemos una puntuación total en la que podemos distinguir tres niveles de disfunción: 0-3 = disfunción grave, 4-6 = disfunción leve y 7-10 = familia normal. Por otra parte el apoyo social, para lo cual usamos el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK²¹. El objetivo de esta escala es la evaluación cuantitativa del apoyo social percibido. Es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. En general, se recogen valores referidos a dos dimensiones del apoyo social funcional: al confidencial y al afectivo. Cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 (“mucho menos de lo que deseo”) hasta 5 (“tanto como deseo”). El punto de corte igual a 32 distingue dos categorías: apoyo social bajo y apoyo social normal.

3) Variables obstétricas: a) antecedentes obstétricos: número de partos previos, número de abortos (se define aborto como la interrupción del embarazo con feto no viable: menos de 22 semanas), número de hijos (hijos vivos en el momento del embarazo actual), lugar de seguimiento de embarazos anteriores (seguimiento público cuando se usan solo los SS públicos, seguimiento privado cuando se usan exclusivamente los SS privados y seguimiento mixto cuando se usan los SS públicos y privados), prematuridad previa (se define el parto como prematuro cuando tiene lugar antes de la semana 37); b) semana de la primera visita para control del embarazo, y c) parto actual: lugar del parto, tiempo (semana de gestación en que tiene lugar el parto (pretérmino: 22-36 semanas y a término: ≥ 37 semanas, tipo de parto (vaginal, cesárea), peso del recién nacido (RN), sexo del RN, número de RN).

4) Variables de morbilidad: a) morbilidad crónica (se define patología crónica como aquella que necesita seguimiento continuado para su control, como diabetes, hiper-

tensión, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.); b) morbilidad mental (se define como la existencia en la lista de problemas de algún diagnóstico de salud mental: ansiedad, depresión, psicosis, riesgo social), y c) incapacidad temporal (IT): número de semanas que ha permanecido en situación de IT.

En la tabla 1 se presenta un resumen de las variables de estudio.

La captación (reclutamiento) de las embarazadas se llevó a cabo en la consulta del programa de embarazo, en la consulta de la matrona y en la consulta médica a demanda. La comprobación de los partos se realizó consultando los listados de RN del hospital, listados de altas hospitalarias, programa de vacunas de Andalucía y RN adscritos al CS.

Fuentes de datos

Para la recogida de información sobre la utilización de los SS se recurrió a todas las fuentes documentales existentes (historia clínica informatizada, registro en papel de la matrona, documento de salud de la embarazada, registro en papel de la consulta de embarazo, registro en papel de la consulta de odontología, informes de urgencia y de altas hospitalarias). La información se recogió tras la visita puerperal. Además se confeccionó una hoja de registro con la fecha y el SS utilizado. La información se recogió en cada visita de seguimiento del embarazo, en la consulta de la matrona y en la visita puerperal. Con esta doble fuente pretendimos evitar el sesgo de memoria. Para la recogida de información sobre las demás variables usamos las fuentes antes mencionadas y un cuestionario donde se recogen los aspectos que no se encuentran en las fuentes disponibles. El cuestionario se cumplimentó por entrevista cara a

cara en cualquiera de las visitas realizadas a la consulta de la matrona (incluyendo la visita puerperal). La aplicación de los cuestionarios de Apgar y Duke fueron autoadministrados y se realizaron en cualquiera de las visitas a la consulta de la matrona.

Análisis estadístico

Para el primer objetivo (describir el perfil de las embarazadas del CS) se han utilizado tablas de frecuencia para las variables cualitativas y resúmenes numéricos para las variables cuantitativas. Para el segundo objetivo (estimar la frecuencia de la utilización de los SS por las embarazadas del CS) se usaron resúmenes numéricos con el mínimo, máximo, media y desviación típica. Para el tercer objetivo (analizar los factores que puedan influir en la diferente utilización de los SS por las embarazadas del CS) se realizó, en primer lugar, un análisis bivariante para relacionar cada variable independiente con cada una de las variables dependientes, y en segundo lugar, un modelo de regresión lineal multivariante para controlar los posibles factores de confusión.

Se usó el programa SPSS 11.0 para el análisis estadístico de los datos.

RESULTADOS

Durante el año 2005 obtuvimos información sobre 419 partos en mujeres adscritas a nuestro CS. En 268 mujeres (64%) el embarazo se siguió en el centro, en 105 (25%) en el segundo nivel y en 46 (11%) en la medicina privada.

Variables sociodemográficas

La media de embarazos por cupo médico fue de 14 (rango 6-23). El 23% de las mujeres vivía fuera de la zona. El 30% no estaba casada. Trabajaba el 69% de las mujeres y el 99% de sus parejas. El 50% tenía estudios primarios, el 24% de bachillerato y el 17% universitarios. El nivel de estudios de las parejas era de 56% con estudios primarios, 21% con bachillerato y 13% con estudios universitarios. El 8% tenía algún tipo de seguro privado.

Variables psicosociales

El 5% presentaba disfunción en el test de Apgar y el 5,5% tenía un nivel bajo en el test de Duke.

Variables de morbilidad

El 13% presentaba morbilidad crónica, el 6% morbilidad mental y el 1% tenía riesgo social. El 89% de las mujeres que trabajaban estuvo en situación de IT.

Variables obstétricas

La primera visita para el control de embarazo se realizó antes de la semana 12 en el 93% de las embarazadas. El 15% había tenido abortos previos. La edad media del parto fue de 29 años (rango 17-42, desviación estándar 4,86). Para el 63% de las mujeres fue su primer parto. El 96% de los partos se realizó en el hospital de referencia. Se realizó cesárea en el 24%. Consta anestesia epidural en el 22% de los partos. El 51% de los RN fue del sexo femenino y el peso medio fue de 3.243 g.

Tabla 1. Variables del estudio

Variable dependiente: utilización de los servicios sanitarios

Centro de Salud

Matrona

Dispositivos de apoyo

Hospital

Privados

Variables independientes

Sociodemográficas

Edad

Estado civil

Domicilio

Clase social

Tipo de seguro

Psicosociales

Función familiar

Apoyo social

Obstétricas

Antecedentes obstétricos

Semana primera visita

Parto actual

Morbilidad

Crónica

Mental

Incapacidad temporal

Tabla 2. Utilización de los servicios sanitarios por las embarazadas de un Centro de Salud

	Porcentaje utilización	Media	Mediana	Rango	DE	IC 95%
Centro de salud	100	13,07	12	6-47	5,19	12,45-13,69
Control embarazo	100	7,37	7	4-10	1,06	7,24-7,50
Médico	93,3	5,32	4	0-35	4,56	4,77-5,87
Enfermero	24,6	0,31	0	0-24	1,6	-0,23-0,86
Matrona	98,9	15,98	17	0-35	7,94	15,03-16,93
Demanda	95,5	7,86	7	0-27	5,07	7,52-8,47
Educación	82,1	7,15	8	0-13	4,11	6,65-7,63
Visita puerperal	97,4	0,97	1	0-1	0,16	0,95-0,99
Dispositivos de apoyo	99,6	5,79	6	0-10	1,61	5,60-5,98
Segundo nivel	21,8	0,48	0	0-6	1,09	0,40-0,61
ECO	99,3	2,92	3	0-4	0,57	2,85-2,99
Monitores	85,7	2,23	2	0-6	1,29	2,08-2,38
Odontólogo	58,2	0,59	1	0-2	0,5	0,53-0,65
Hospital	100	1,95	2	1-8	1,18	-2,09
Urgencia	52,8	0,84	1	0-5	1	0,72-0,96
Ingresos	8,9	0,12	0	0-2	0,39	0,07-0,17
Parto	100	1	1	1	0	1
Privados	65,3	1,38	1	0-8	1,57	1,19-1,57
Ginecólogo	61,3	1,26	1	0-6	1,49	1,08-1,44
Odontólogo	10,9	0,12	0	0-2	1,57	-0,07-0,31
Total	100	38,6	39	14-79	10,76	37,31-39,89

DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 3. Resumen del modelo

Modelo	r	r ²	r ² corregida	Error típico de la estimación
1	0,481(a)	0,231	0,212	8,38185

La utilización de los distintos SS se refleja en la tabla 2.

En el análisis multivariante se ha elegido el modelo que maximiza la r^2 corregida utilizando una regresión paso a paso hacia atrás. Podemos ver un resumen del modelo en la tabla 3.

Las variables incluidas son el número de hijos, la existencia de abortos previos, el nivel de salud, la utilización de los SS privados y si trabaja o no fuera de casa.

DISCUSIÓN

Durante el período de estudio en nuestro centro se siguieron el 64% de los embarazos de la zona, lo que indica una buena rentabilidad del programa y una excelente capacidad de la AP para el control de los embarazos de bajo riesgo (solamente uno de cada cuatro embarazos requirió seguimiento en el segundo nivel asistencial y uno de cada 10 fue seguido por la sanidad privada).

El 23% de las embarazadas controladas en el centro vivía fuera de la zona geográfica asignada (aproximadamente el 3-4% de la población general asignada no vive en la zona), lo que puede interpretarse como una buena aceptación del programa entre la población, aunque esta atracción conlleva un aumento en las cargas de trabajo para los profesionales.

Trabaja el 70% de las embarazadas y casi el 100% de sus parejas, lo que refleja una vez más las diferencias de sexo

en cuanto al acceso al trabajo y concuerda con los datos de población activa de Andalucía y España²².

Nueve de cada 10 embarazadas que trabajaban estuvieron en situación de IT en algún momento del embarazo. Este elevado porcentaje de bajas laborales puede llevar a algunos sectores empresariales a considerar el embarazo como una "enfermedad", por lo que se deben reforzar las políticas sociales para la protección de la mujer embarazada.

La utilización de los SS fue elevada (media de 39 visitas), más todavía si tenemos en cuenta que son embarazos de bajo riesgo. Aunque también hay que tener en cuenta que el programa de seguimiento del embarazo en Andalucía contempla, al menos, 24 visitas (controles por el médico, visitas de la matrona, ecografías, monitores, odontólogo, etc.). Este número de visitas recogidas en el protocolo pueden parecer excesivas, y posiblemente habría que plantear un cambio de estrategia en el seguimiento del embarazo. Por otra parte, la mayoría de las mujeres utilizan en alguna ocasión la visita al ginecólogo privado para la realización de ecografías de alta resolución (este tipo de ecografías no están ofertadas en el programa de seguimiento del embarazo), lo que parece reflejar una preocupación de la mujer por conocer de manera precoz y constante la situación del feto.

Hay que destacar que casi todas las mujeres han acudido a la consulta a demanda de su médico de familia y a la consulta a demanda de la matrona en alguna ocasión y

más de la mitad ha asistido a los Servicios de Urgencia hospitalarios, lo que puede interpretarse como la vivencia del embarazo como una enfermedad, falta de información, inseguridad, etc.

El 60% ha acudido a la medicina privada, casi siempre para realización de ecografías.

El modelo explicativo de la utilización nos dice que a mayor número de hijos disminuye la utilización, a mayor nivel social también disminuye la utilización, la utilización de la medicina privada conlleva una mayor utilización de los servicios públicos, las mujeres que trabajan utilizan más los SS y las mujeres con abortos previos los utilizan menos. En resumen: a mayor experiencia obstétrica menos utilización.

La elevada utilización de los SS por las embarazadas tiene causas y consecuencias. Entre las causas se encuentran: protocolo de seguimiento del embarazo con gran número de visitas, fácil accesibilidad y confianza en los profesionales del CS, inseguridad de la embarazada, problemas laborales. Entre las consecuencias encontramos: aumento de las cargas asistenciales para los profesionales, ausencias reiteradas en el trabajo de la embarazada.

Cuando comparamos con otros estudios, el perfil socio-demográfico de las embarazadas seguidas en nuestro centro presenta algunas diferencias. La edad media del parto es similar en la mayoría de los trabajos²³, aunque en el estudio de Dueñas⁹ es algo menor (posiblemente en relación con las características sociales de las embarazadas). El porcentaje de casadas es menor que en otros estudios^{9,23}. También es menor el porcentaje de universitarias²³, el de mujeres que trabajan⁸ y el de mujeres con seguro privado^{9,24,25}.

En cuanto a las variables obstétricas, la semana de la primera visita de control del embarazo es menor que en otros estudios^{9,26}. La primera visita se realiza antes de la semana 12 en el 93% de los casos, similar a las gestantes de Barcelona⁸ y muy superior a lo observado en el estudio de Goberna i Tricas²⁷ y lo que ocurre en Andalucía²⁸. El porcentaje de nacimientos por cesárea fue del 24%, aunque las comparaciones con otros estudios^{8,23,26,29} son difíciles debido a las diferentes características de las embarazadas incluidas.

El seguimiento en el CS se realizó en el 63% de las embarazadas, datos que difieren bastante del 27% de Salamanca²³ y son similares a los de Andalucía. Estas diferencias pueden estar en relación con las diferentes maneras de llevar el seguimiento del embarazo en las Comunidades Autónomas. El número de visitas de seguimiento del embarazo, la asistencia a las actividades educativas y el número de ecografías es variable^{27,30-32}. A pesar de nuestra búsqueda, no hemos encontrado información sobre trabajos similares de utilización total de los SS, por lo que nuestro estudio puede aportar una visión globalizadora de la utilización de SS durante esta etapa de la vida de la mujer y servir para conocer la realidad.

Nuestro trabajo presenta ciertas limitaciones: la zona en la que se desarrolla el estudio es pequeña y los resultados solamente se pueden aplicar a ella. Para poder realizar infe-

rencias habría que ampliar el estudio a varias zonas (geográfica y socialmente representativas) y realizar un muestreo; aunque para los objetivos de nuestro estudio parece ser suficiente. A pesar de haber utilizado todas las fuentes de información posibles, puede haber un sesgo de memoria, intencionado o no, para la utilización de los SS privados.

Futuros estudios nos deben permitir buscar cuáles son los motivos que tienen las embarazadas para la utilización de los SS privados (diseño cualitativo con grupos focales y/o cuestionarios) y un estudio multicéntrico (diseño similar al del presente trabajo) que nos permita conocer la realidad de utilización de los SS en una zona más amplia.

A la vista de los resultados, las conclusiones que podemos extraer son las siguientes: elevado porcentaje de embarazos seguidos en AP, alta utilización de los SS durante el embarazo y la experiencia obstétrica previa parece disminuir la utilización.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los siguientes médicos del Centro de Salud Ciudad Jardín su colaboración en la recogida de los datos: Mercedes Antón Cortés, Antonio Baca Osorio, María Luisa Fernández Tapia, Sergio Giménez Basallote, Leovigildo Ginel Mendoza, Lourdes Linares Castro, Gloria Mestre Reoyo, Álvaro Milán Fernández, Manuel Miranda Vázquez, Andrés Pérez Pons, Antonio Pérez Valle, Juan Antonio Retamero Orta, Rosario Rodríguez Rivera, Jaime Sasporte Genafo, Francisco Taboada González.

Nuestro agradecimiento a las auxiliares del Centro de Salud (Lola Reche, Dori y Blanca), porque gracias a su labor en la consulta de embarazo, hemos podido completar la recogida de datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas*. 2001;25: 93-138.
2. Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 84-109.
3. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-9.
4. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Barcelona: Instituto @pCOM; 2001.
5. Peiró Pérez R, Colomer Revuelta C, Puig Barberá J. La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 1999;24:12-8.
6. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Domínguez V, Calle ME, Navarro P. Comparing socioeconomic inequalities in perceived health in Spain: 1987 and 1995/97. *Soc Sci Med*. 2002;54:1323-32.
7. Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A. Protocolo embarazo y puerperio. Protocolo FMC 2000/4.
8. Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Villalba JR, 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 200-03). *Gac Sanit*. 2007;21:378-83.
9. Dueñas Herrero RM, Mitsuf Gallardo MJ, Martínez de la Iglesia J, Muñoz Álamo M, Fernández Fernández MJ, Lora Cerezo N. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria*. 1997;19:188-94.

10. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*. 2001;357:1565-70.
11. Walker DS, Day S, Diroff C, Lirette H, McCully L, Mooney-Hescott C, et al. Reduced frequency prenatal visits in midwifery practice: attitudes and use. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47:269-77.
12. Batalla Martínez C. Embarazo. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 703-26.
13. Bailón-Muñoz E, Arribas-Mir L, Landa-Gofi J. Medidas preventivas en el embarazo. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 2:102-30.
14. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. *Manual de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio*. Sevilla, 1994.
15. García Calvente MM, editora. *Evaluación de Programas. Salud Materno-Infantil. Andalucía 1984-1994*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
16. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria*. 1999;24:259-66.
17. Rittenhouse DR, Braveman P, Marchi K. Improvements in prenatal insurance coverage and utilization of care in California: an unsung public health victory. *Matern Child Health J*. 2003;7:75-86.
18. Mancera J, Muñoz F, Martín M, Paniagua F, Fernández C. Utilidad para la atención sanitaria del análisis demográfico de una zona básica de salud urbana. *SEMERGEN*. 2001;27:286-90.
19. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-68.
20. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
21. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996;18:153-63.
22. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/dtbas/dtb06/dtb2006.pdf> [consultado el 1 de octubre de 2008].
23. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit*. 2006;20: 31-9.
24. Fusté J, Sécúli E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gac Sanit*. 2005;19:15-21.
25. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
26. Varela Ruiz FJ, Torres Garrido M, Requena M. Morbilidad en gestantes de edad avanzada. *Medicina de Familia (And)*. 2002;1:29-32.
27. Goberna i Tricas J, García i Riesco P, Gálvez i Lladó M. Evaluación de la calidad de la atención prenatal. *Aten Primaria*. 1996;18:75-8.
28. <http://mago.easp.es/distritos2004/muestrahospital.aspx> [consultado el 1 de octubre de 2008].
29. Martínez-Frías ML. Evolución secular y por autonomías de la frecuencia de tratamientos de fertilidad, partos múltiples y cesáreas en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:132-9.
30. Garza Elizondo ME, Rodríguez Casas María S, Villarreal Ríos E, Salinas Martínez AM, Núñez Rocha GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:267-74.
31. Rodríguez Bravo I, Fernández Osuna C, Blando Marín M, Moya Ruegg N, Marfil Ruiz R, Jodar Reyes M. El proceso de embarazo en una zona básica de salud. *SEMERGEN*. 2004;30Supl1:70-115.
32. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit*. 2006;20:25-30.