



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**

VIVENCIAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MONTEVIDEO, URUGUAY

Autora:

Lic. Lucía Banchemo

Tutor:

Dra. Gabriela Piriz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2023

Título: Vivencias de las mujeres embarazadas primigestas en la atención prenatal

Autora: Lic. Especialista Lucía Banchero

Tesis de Maestría para obtener título de Magíster en Salud Comunitaria en el marco del programa de Posgrado de Facultad de Enfermería - Universidad de la República.

Generación 2014

Tutor: Dra. Gabriela Piriz

Montevideo, marzo 2023

Resumen

Introducción: El primer embarazo constituye una nueva experiencia en la vida de la mujer. Este contempla cambios biopsicosociales significativos de una nueva etapa en su vida que conllevan a transitar la primera gestación con diversos grados de incertidumbre.

Las vivencias de las embarazadas primigestas acerca de cómo transitan este proceso durante la atención recibida por los equipos de salud, nos brindan información desde otro punto de vista, el cual nos da insumos desde el lugar que ocupa la mujer dentro de este proceso.

Objetivos: Conocer las vivencias de las mujeres embarazadas primigestas cursando el tercer trimestre de embarazo, vinculadas a la atención prenatal en los Centros de Atención del Primer Nivel en Montevideo.

Método: Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico con una muestra de casos tipo.

Resultados: El estudio demostró que, las mujeres embarazadas se sienten contenidas y con sensación de tranquilidad cuando toman contacto con los equipos de control prenatal. No obstante, no todas lograron acceder a las valoraciones por parte de la totalidad de los integrantes del equipo multidisciplinario, y especialidades según requerimiento. En cuanto a las mujeres que lograron acceder a clases de preparación para el parto, se evidenció un grado mayor de reconocimiento de sus derechos, de información y empoderamiento.

Conclusiones: Si bien las usuarias reciben un abordaje integral y se sienten contenidas escuchadas y encuentran en los equipos un lugar que les genera tranquilidad. Pese a esto, existen situaciones que demuestran que se debe continuar trabajando con los equipos. Reforzar la atención multidisciplinaria, el enfoque de abordaje y la importancia e impacto que tiene las actitudes y acciones de los profesionales en la embarazada. Priorizar el

acceso a atención complementaria con especialistas en caso de requerirlo y articulando acciones por parte de los equipos dando prioridad a las necesidades de la embarazada.

Por otra parte, con respecto al reconocimiento de sus derechos se hace relevante que la participación en los espacios de preparación para el parto sea un requisito fundamental para todas las embarazadas.

Palabras Claves: Control prenatal, primigestas, Primer Nivel de Atención.

!

Abstract

Background: The first pregnancy represents a new experience in women life.

This contemplates significant biopsychosocial changes that leads to going through the first pregnancy with varying degrees of uncertainty.

The experiences of the first-time pregnant women about how they go through this process during the care received by the health teams, provide us with information from another point of view, which gives us inputs from the place that the woman occupies within this process.

Objectives: This analysis was conducted to know the experiences of first time pregnant women in the third trimester of pregnancy, linked to prenatal care in Primary Care Centers in Montevideo.

Methods: A qualitative study with a phenomenological approach was performed with a sample of standard cases.

Results: The study revealed that pregnant women feel supported and calm when they access the prenatal control teams. However, not all of them were able to access the evaluations by all the members of the multidisciplinary team, and specialties as required. As for the women who managed to access childbirth preparation classes, there was evidence of a higher degree of recognition of their rights, information and empowerment.

Conclusions: The women in this study recieved a comprehensive approach and feel supported and find in health teams a place that generates peace of mind. Dispite this, there are situations that teams should continue working and improve. Reinforce multidisciplinary care and the mechanism of approach and the importance and impact that the attitudes and actions of health professionals have on pregnant women. Prioritize access to complementary care with specialists if necessary and standardize actions by the team's giving priority to the needs of the pregnant woman. Besides, regarding the

recognition of their rights, it is relevant that participating in spaces for preparation for childbirth must become a necessary condition for all pregnant women.

Keywords: prenatal care, first pregnancy, Primary Care.

!

Abreviaturas

ASSE Administración de los Servicios de Salud del Estado

APS Atención en Salud

BPAM Buenas Prácticas de Atención en las Maternidades

DGRC Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad

DDSS Derechos Sexuales

DDRR Derechos Reproductivos

EPS Educación para la salud

INE Instituto Nacional de Estadística

MSP Ministerio de Salud Pública

MM Mortalidad Materna

NNUU Naciones Unidas

ODS Objetivos Desarrollo Sostenible

OMS Organización Mundial de la Salud

OSN Objetivos Sanitarios Nacionales

PNA Primer Nivel de Atención

RAP Red de Atención del Primer Nivel

RNV Recién Nacido Vivo

SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud

SS Salud Sexual

SR Salud Reproductiva

TMI Tasa de Mortalidad Infantil

TMM Tasa de Mortalidad Materna

UBS Unidades Básicas de Salud

!

Índice

Capítulo 1. Introducción.....	10
1.1 Importancia del tema.....	11
1.2 Pregunta problema.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
Capítulo 2. Antecedentes.....	16
2.1 Antecedentes Internacionales.....	16
2.2 Antecedentes Nacionales.....	18
Capítulo 3. Marco teórico.....	21
3.1 Marco contextual.....	33
3.2 Evolución histórica.....	34
3.3 Marco legal y normativo.....	35
3.4 Normativas sanitarias vigentes.	38
Capítulo 4. Metodología.....	40
4.1 Tipo y diseño del estudio.....	40
4.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra.....	40
4.3 Técnica e instrumento.....	41
4.4 Consideraciones éticas:	41
4.5 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados.....	42

4.6 Plan de Análisis.....	43
Capítulo 5. Resultados y Análisis.	44
5.1 Dimensión 1. Vivencias del proceso de embarazo.....	47
5.2. Dimensión Modalidad de Atención.....	55
5.3. Dimensión Salud como Derecho.....	79
Capítulo 6. Conclusiones.....	84
Capítulo 7. Referencias Bibliografías.....	90
Bibliografía.....	97
Capítulo 8. Anexos.....	102
8.1 Anexo 1 Aval comité de Ética Facultad de Enfermería UDELAR.....	102
8.2 Anexo 2 Autorización del comité de ética de la RAP.....	104
8.3 Anexo 3 Información al participante.....	105
8.4 Anexo 4: Consentimiento informado.....	106
8.5 Anexo: Consentimiento para contactar a usuarias.....	107
8.6 Anexo 6 Entrevista.....	108
8.7 Apéndice 1.....	110

Capítulo 1. Introducción

La presente investigación fue realizada en el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la República, generación 2014. Se realizó un estudio para conocer las vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas cursando el tercer trimestre de embarazo que asisten a Centros de Salud correspondientes a servicios de Primer Nivel de Atención ASSE-RAP.

El enfoque metodológico fue cualitativo pretendiendo conocer y profundizar los conocimientos desde la perspectiva de las mujeres embarazadas, con un diseño fenomenológico, y una muestra de casos-tipos teniendo como objetivo la riqueza, profundidad y calidad de la información.

La modalidad de atención que brindan los servicios del PNA con respecto al control prenatal ha tenido cambios al correr de los años, enmarcado en las políticas de salud desarrolladas en el marco normativo implementado a nivel nacional. Con la creación del SNIS se hizo énfasis en el cambio de modelo de atención, apuntando a una atención con una perspectiva de derechos y enfoque de género.

Por consiguiente, los servicios de PNA y sus equipos de salud constituyen un escenario clave donde se llevan a cabo las instancias de control prenatal de las embarazadas.

Debido a que el primer embarazo es un acontecimiento muy importante y un momento único en la vida, los servicios y el rol que cumple el equipo de salud en el proceso de atención a la embarazada juegan un papel muy importante en el abordaje y seguimiento de estas mujeres.

Conocer las vivencias de las mujeres embarazadas primigestas nos permite identificar lo que representó la consulta prenatal para ellas y el vínculo generado con los servicios, reflejando como perciben las mismas la atención recibida. Esto nos orienta al grado de

información la identificación de los derechos, la accesibilidad y las facilidades de los servicios en cuanto a las demandas y necesidades que presenten las embarazadas.

1.1 Importancia del tema

El hecho de investigar desde una perspectiva cualitativa lo expresado en sus vivencias, se convirtió en una fuente de conocimiento que nos permitió indagar aspectos de la atención brindada por los servicios de salud. La visión de la mujer es de una importancia relevante como referente clave que forma parte fundamental del proceso. Además, la embarazada primigesta aporta los datos desde una experiencia de proceso nuevo y único en su vida. Lo vive desde un lugar de desconocimiento como proceso fisiológico del embarazo, y como experiencia nueva en cuanto a la atención recibida en esta etapa de la vida.

De acuerdo a nuestra indagación, en el Uruguay son prácticamente inexistentes los estudios realizados sobre la atención prenatal. Las fuentes de datos oficiales como los registros de nacimientos y el Sistema Informático Perinatal nos permiten obtener datos estadísticos de la situación de las mujeres embarazadas de nuestro país. Sin embargo, según nuestra investigación no existen resultados obtenidos desde la perspectiva de las ciencias sociales.

Apenas hemos encontrado la Encuesta de Crecimiento, Desarrollo y Salud Materna en Canelones en 2007 como el único antecedente que indaga sobre los cuidados prenatales en una muestra poblacional. El informe consigna que los embarazos atendidos en instituciones públicas presentaron niveles de adecuación a las recomendaciones oficiales sensiblemente inferiores a los de las mujeres que se controlaban en instituciones privadas. (Cabella Wanda et al, 2014, p 19.)

La información generada desde una perspectiva cualitativa nos brindó conocimientos que contribuyen al proceso de cambio de modelo de atención que viene transitando el país a lo largo de estos años. Dado que, como afirma Basso, el “Uruguay ha realizado importantes avances en la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud (2007) que incluye un cambio de paradigma, desde un modelo de atención materno infantil a un modelo de atención integral en SS y SR”. (Basso MSP 2018)

Por esta razón, en la actualidad es fundamental contar con todos los insumos necesarios y recomendaciones pertinentes que nos permitan contribuir a la mejora de las acciones realizadas por parte de los equipos de los servicios de salud, donde estos cumplen un rol primordial en la atención a la embarazada.

En particular, el Control Prenatal es un conjunto de acciones del equipo de salud que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el fin de evaluar la evolución del embarazo y brindar herramientas en base a la mejor evidencia para reducir los riesgos durante el nacimiento y la crianza. (OMS, 2006).

Según Verde y colaboradores el seguimiento prenatal permite detectar factores de riesgo y aquellos factores que pueden ser beneficiosos para proteger y realizar acciones preventivas en el proceso. De tal forma, afirma, esta atención permanente reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Verde. M. et al 2012)

Podemos decir entonces que el control prenatal tiene un rol muy importante donde permite el seguimiento del proceso fisiológico en general, la detección precoz, incorporando las buenas prácticas de cuidado a la madre y familia. Controles prenatales de calidad en el momento adecuado y con la frecuencia adecuada durante el embarazo es un factor clave en la salud de la mujer y el niño durante el embarazo.

Varios son los indicadores que permiten analizar la situación de salud de las mujeres e infantil, utilizados por un número importante de países, entre ellos se destaca la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)¹ y Tasa de mortalidad Materna (TMM)².

En el Uruguay, las estadísticas demuestran una tendencia decreciente de la TMI y entre las más baja de la región. Entre los años 1990 y 2010 la TMI descendió de 20,4 a 7,71 por mil nacidos vivos (MSP), llegando a 6,2 cada 1.000 nacidos vivos en la actualidad. (INE 2022)

Por otra parte, la TMM en el Uruguay tenía, a su vez, una tendencia descendente. Las estimaciones de la OMS mostraban a Uruguay como el país de menor mortalidad materna de Latinoamérica y el Caribe. En el año 2016 se presentaron 8 casos de muerte maternal, siendo el 62% de estas muertes indirectas por patologías preexistentes al embarazo. Se registró una única muerte, causada por aborto en condiciones de riesgo. (Basso 2019)

La mortalidad materna vinculada al aborto bajó a expensas de la estrategia de reducción de daño y riesgo por aborto inseguro (ordenanza 368/04), que comienza a implementarse aproximadamente en el año 2005.

Este escenario cambio con la llegada de la pandemia por COVID-19, donde se vio un aumento de la mortalidad materna en el país.

La TMM aproximada en el primer trimestre del 2021, sólo considerando el COVID 19 como causa, fue de 55 muertes maternas cada 100.000 RNV, 7 de las 10 MM se dieron en el Subsector público. Esto hace que la MM se haya triplicado con respecto al último

¹ Tasa de mortalidad infantil: Se obtiene como cociente entre las defunciones de menores de un año, ocurrida durante un período determinado y el total de nacimientos vivos de ese mismo periodo. El resultado se expresa por mil.

² Tasa de mortalidad materna: Expresa el número de mujeres que fallecen en un período determinado por casusas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio por cada 100.000 nacidos vivos en ese mismo período.

quinquenio (2015 – 2019) registrándose la más alta tasa en el país desde la década de los 80. (Briozzo L. 2021)

Es de destacar que en el período 2015-2020, el MSP definió Objetivos Sanitarios Nacionales partiendo de una serie de problemas de salud de la población priorizados según criterios de magnitud y relevancia.

Estas recomendaciones tuvieron por objetivo: “Contribuir a la mejora en la calidad asistencial perinatal en el SNIS, fortaleciendo al equipo de salud mediante la promoción de un modelo de atención basado en buenas prácticas en un marco de derechos en salud sexual y reproductiva”. (Basso, MSP 2018).

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) 2015-2030 de NNUU se destacan en el acápite 3.7, los siguientes: “Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva incluyendo la planificación familiar, formación, educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas Nacionales”.

Los derechos sexuales (DDSS) y los derechos reproductivos (DDRR) constituyen ejes fundamentales en este proceso; destacándose el poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su propia fertilidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de sus hijos, salud reproductiva y sexual. Así como el derecho de contar con la disponibilidad de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. (Correa y Petchesky, 1995).

Tomando en cuenta este marco de derechos, los servicios y su personal son actores claves para poder determinar cómo perciben y viven las embarazadas primigestas el proceso de atención. Estas vivencias y experiencias de su primera gesta condicionan y determinan el comportamiento y desarrollo de su presente y futuras gestas.

1.2 Pregunta problema

¿Cuáles son las vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas sobre la atención prenatal recibida de los Centros de Atención del Primer Nivel ?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Conocer las vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas cursando el tercer trimestre de embarazo, vinculada a la atención prenatal en los Centros de Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE) en el periodo comprendido junio-diciembre 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características de la atención prenatal de las mujeres embarazadas adultas primigestas.
- Describir las vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas vinculadas a la atención prenatal recibida.
- Analizar el vínculo generado en el proceso de atención entre las mujeres embarazadas primigestas y el equipo de salud.
- Reconocer a través de las vivencias, aspectos que favorecen o dificultan el adecuado control prenatal, según la normativa vigente.
- Identificar a través de las vivencias, el reconocimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos, así como su ejercicio, por parte de las mujeres.

Capítulo 2. Antecedentes

La búsqueda de antecedentes se centró en las siguientes bases de datos: Lilacs, Medline, Scielo, Pub Med. Asimismo, se realizó una búsqueda en la biblioteca de Facultad de Enfermería, tanto de trabajos de investigación de grado como de posgrado, vinculados a la temática. Los resultados de la indagación arrojaron datos tanto nacionales como internacionales.

Dentro de los antecedentes internacionales se encontraron 15 investigaciones relacionadas a la temática. A continuación, se describen las que se consideraron más relevantes para este trabajo.

2.1 Antecedentes Internacionales

- *“Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad”*. Se trató de una investigación cualitativa con el objetivo de conocer las percepciones de madres y padres primerizos sobre la atención sanitaria recibida durante la transición hacia la maternidad y paternidad en Segovia España (2018-2019). Como resultado se obtuvo que los participantes no se sentían preparados para enfrentar el cambio y el impacto psicológico que supone la maternidad, y señalan la necesidad de una preparación que favorezca la transición hacia la maternidad. Como conclusión plantean que surge la necesidad de reformular espacios ya existentes en el sistema sanitario, como las clases de preparación al parto y los grupos de apoyo a la lactancia materna, y a su vez implementar nuevas estrategias. Asimismo, es imprescindible reforzar la atención sanitaria integral y humanizada, que fomente la participación de los padres. (Hernández M. et al 2022).
- *Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención Prenatal*. Se realizó una investigación con un diseño descriptivo de corte trasversal, que empleó una muestra de 150 gestantes abordadas de manera secuencial,

provenientes de cuatro centros de atención en Bogotá Colombia en un periodo de 3 meses. Como resultado se obtuvo que las madres perciben como excelente el cuidado que reciben de los profesionales de enfermería. En el análisis específico de las dimensiones del cuidado seleccionadas se señalan carencias en los profesionales para ofrecer un cuidado compasivo. Se concluye que la habilidad para permitir la expresión de sentimientos, la escucha y la atención sin reproches o críticas a las condiciones particulares de las mujeres son valoradas de manera positiva y pueden modificar la percepción de la competencia cognitiva del profesional. Estos atributos del cuidado humano pueden ser determinantes en la adherencia al control prenatal y su importancia debe ser reconocida por los profesionales sanitarios. (Vesga L et al. 2019).

- *A Atenção Pré-Natal Na Ótica De Um Grupo De Mulheres Usuárias Do Subsetor Suplementar.* Se trató de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, con el objetivo de conocer la percepción de mujeres en la Atención Prenatal sobre la calidad de esta atención realizada en una Unidad Básica de Salud (UBS), de Porto Alegre, Rio Grande do Sul 2011. El estudio posibilitó conocer las experiencias de mujeres durante la Atención Prenatal y los aspectos que definen la calidad de atención. Como resultado se obtuvo que la atención recibida fue de calidad en la medida que atendió sus necesidades y expectativas. Los resultados sugieren que la atención en la Unidad Básica de Salud está siendo en parte, realizada de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de la Salud y la OMS. (Etgesb, M. 2011)
- *Satisfacción de usuarias del control perinatal en instituciones de salud pública y factores asociados.* Este es un estudio analítico con diseño de encuesta de prevalencia, con el objetivo de determinar los factores asociados a la satisfacción de usuarias, de

servicios de control prenatal en instituciones de salud de primer nivel de la red pública de Cartagena. Se obtuvo que la buena percepción de las usuarias en relación con la interacción con el profesional que las atiende es un factor determinante para estar satisfecha. Esto puede favorecer la adherencia de estas al cuidado perinatal, independiente de otros factores relacionados con la calidad de los servicios de salud. (Castillo I. 2014)

- *Calidad de la asistencia perinatal: Una perspectiva de las puérperas egresadas.* Se realizó una investigación cualitativa y exploratoria. Se analiza la percepción de las puérperas acerca de la calidad de la asistencia prenatal. Como resultado se obtuvo que en la mayoría de las puérperas, el prenatal dio importantes contribuciones al parto debido al apoyo, a la resolución de incidentes y al diagnóstico de enfermedades asociadas. Por otra parte, sobre la insatisfacción con la atención, manifestaron la necesidad de más informaciones y atribuyeron el ingreso tardío en el prenatal a la dificultad de acceso. Se concluye que, para lograr una mejora en la calidad de la asistencia prenatal, necesitamos más participación por parte de los profesionales de la salud, instituciones y gestores. (Castro, M. 2010).

2.2 Antecedentes Nacionales

En el Uruguay se encontraron 5 investigaciones relacionadas con la temática; la mayoría relacionadas a población adolescente. A continuación, se mencionan las que más contribuyeron a este trabajo.

- *Factores que inciden en la educación para la salud en el embarazo y el parto en los servicios públicos de salud de Montevideo 2017-2018. Tesis de Magister en Salud Familiar y Comunitaria.* Se realizó un estudio cuali-cuantitativo. En la etapa

cualitativa se realizaron entrevistas a los profesionales del PNA y a madres puérperas. En la etapa cuantitativa se utilizó un modelo descriptivo transversal mediante una encuesta dirigida a mujeres puérperas primigestas que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Como conclusión, los hallazgos revelan que algunos de los profesionales del PNA (licenciada en enfermería, partera y ginecólogo) relatan que no realizan educación para la salud (EPS) directamente y consideran que los aspectos socio económico culturales son los que más inciden en la apropiación de la EPS de la mujer embarazada. Complementariamente, casi el 50% de las mujeres no accedieron a una EPS de calidad y un 82% no accedió a la preparación para el parto. El relato de las mujeres puérperas refiere carencias en la garantía de sus derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y, en el cumplimiento de la ley de derechos sexuales y reproductivos. (García L. 2019)

- *Ley de Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto* Tesis de grado de *Licenciatura en Enfermería*. En este caso, se realizó una investigación cuantitativa con el objetivo de identificar el conocimiento que poseen las usuarias sobre la ley de Acompañamiento y su aplicabilidad en la Clínica Ginecológica “B” del Hospital Dr. Manuel Quintela”. Se realizaron entrevistas estructuradas a 87 puérperas en el período comprendido de julio a agosto 2014. Como resultado se obtuvo que el 100% de las puérperas tenían conocimientos acerca de la ley de acompañamiento, accediendo a la misma en un 77% a través del equipo de salud durante los controles de embarazo, un 90,8% fueron acompañadas durante el trabajo de parto y parto salvo en riesgo fetal o materno. (Castañares, A. 2014).
- Con respecto a la búsqueda de antecedentes relacionados a la calidad de la atención humanizada, segura y de calidad en ASSE, se encontró que existe una vasta experiencia en la promoción de buenas prácticas de atención y reconocimientos de

estas en diferentes áreas y servicios del país. El MSP en 2016 definió objetivos estratégicos, donde se priorizó, entre otros la salud sexual y reproductiva y la primera infancia. En este aspecto la Gerencia General de ASSE incluye dentro de su plan de acción 2017- 2018, la creación de la Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad (DGRC) para fortalecer estas políticas alineándose con los objetivos. Además, como estrategia para mejorar la calidad de atención, la Gerencia General de ASSE aprobó el proyecto de Promoción y reconocimiento de buenas prácticas de atención en las maternidades de ASSE. (Gorgoroso M. et al. (2017). En el marco de dicho Proyecto en mayo del 2019 se llevó a cabo el Primer Encuentro de Maternidades de ASSE, con la participación de más de 300 integrantes de equipos de gestión y salud de todo el país. El objetivo general del proyecto fue “Contribuir a que las maternidades de ASSE brinden servicios de excelencia mediante el desarrollo de un modelo de gestión basado en los procesos asistenciales integrales y la mejora continua”. (MSP 2019).

!

!

Capítulo 3. Marco teórico

Las vivencias de las mujeres embarazadas acerca de su control prenatal están enmarcadas en la atención brindada por los equipos de salud, junto a cambios, procesos internos y el cuerpo de conocimientos que la mujer embarazada trae consigo misma desde su contexto social y cultural.

La Real Academia Española define *Vivencia* como: experiencia que se tiene de algo. Hecho de vivir o experimentar algo. (Real Academia Española, 2014).

Dilthey (1949) define a la vivencia como la "experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas". (De Souza Minayo, M. 2010).

Por otro lado, De Souza dice que la vivencia se distingue de la experiencia porque constituye el criterio personal de visualizar la realidad. Es causado por la resistencia del mundo externo a los movimientos de nuestro cuerpo y a los impulsos volitivos y emocionales, responde a la ocurrencia fáctica de la conciencia. Estos a su vez están influenciados por las circunstancias históricas, y se convierten en experiencias personales con significado colectivo. (De Souza Minayo, M. 2010).

Gadamer (1999) enfatiza el término vivencia para describir lo que un individuo ha aprendido, vivido y logrando expresar con sentido común. Para este autor, la vivencia representa la objetivación de la experiencia en forma de pensamiento-realidad, y todos los seres humanos experimentan el mismo fenómeno. Dicha objetivación es elaborada que la persona y resultado de su personalidad, experiencias previas, capacidad de reflexión, intereses y su opinión en el contexto de una comunidad o sociedad. (De Souza, M. 2010).

Comprender e interpretar la definición de vivencia toma relevancia en esta investigación ya que a partir del análisis de sus vivencias se intenta comprender cómo transita la mujer este proceso de su gestación en el marco de la atención recibida.

Palomar en el año 2005 cita a Badinter (1980) y Knibiehler (2001) que plantean:

La maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género. Este imaginario tiene actualmente, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y a los que parecen atribuírsele, generalmente, un valor de esencia: el instinto materno y el amor maternal. (Palomar. C, 2005 p. 36).

La gestación y nacimiento además de un hecho biológico son acontecimientos cargados de significado cultural. Considerando que la cultura nos imprime un modo de ser, sentir y actuar, también la gestación se transforma de hechos biológicos a sucesos cargados de expectativas y simbolismo que lo definen y que, por supuesto, varían según el tiempo y lugar en que se producen, ya que se nace en un contexto y época determinada. Toda sociedad ofrece representaciones que la organizan, le dan sentido y le dan el carácter social de seguridad y control, nace simultáneamente y en un contexto específico, y en ellos se articulan las representaciones y prácticas que ayudan a comprenderlo. (Montes MJ. 2007)

Grimberg (1998) sostiene que el embarazo, parto y puerperio constituyen un proceso continuo en el que se produce el nacimiento; el cómo ha evolucionado en el tiempo, los discursos y acciones que se movilizan en torno a él en cada etapa y contexto son estructuras socioculturales históricas moldeadas por otros procesos. El trabajo de parto

y nacimiento son entonces no solo eventos biológicos y físicos, sino más bien, según Ranisio (1998), predomina “la ambigüedad de la interacción entre lo biológico y lo cultural; lo individual y lo social”. (Montes, M, 2007, p.5.)

Es importante destacar que tanto el feto como la madre atravesarán en distintos momentos de la gestación infinidad de procesos. Así como los procesos biológicos preparan el cuerpo del feto para adaptarse a la vida fuera del útero, los complejos procesos psicológicos simultáneos preparan a la madre para adaptarse a las demandas psicológicas de la maternidad. En las primeras etapas del embarazo, la madre experimenta al embrión y al feto como parte de sí misma. El inicio de la detección del movimiento fetal marca un momento importante en el proceso de llegar a percibirlo como un otro claro, proceso que se hace más claro a medida que avanza el embarazo. (Defey, D. 1994).

Tal como afirman las Guías en Salud Sexual y Reproductiva del MSP “El embarazo, parto y puerperio son eventos que la humanidad ha vivido en forma natural desde sus inicios, sin embargo, en algunas circunstancias los procesos fisiológicos pueden verse alterados y así poner en riesgo de vida a la mujer-madre y/o al feto-recién nacido/a”. (MSP 2014, p 13).

Como plantea Aguirre (2014):

Las principales causas de la morbilidad materna – feto – perinatal son previsibles y pueden ser prevenibles con una atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad que permita identificar, controlar y tratar factores de riesgo y complicaciones en forma precoz. El 75 a 80% de la gravidez en mujeres cursan sin alteraciones y no requieren cuidados específicos de salud. (MSP 2014 p. 11, 12).

Los determinantes sociales y las condiciones en las cuales viven son un componente que determinan las condiciones de salud de las embarazadas. Todas las intervenciones dentro

del marco de la atención prenatal contribuyen a disminuir la mortalidad y morbilidad materno infantil.

Se hace de suma importancia que las embarazadas tengan presente el derecho a tener un adecuado control prenatal, tener el conocimiento necesario y tomar sus decisiones. Su finalidad es controlar el proceso fisiológico, para prevenir complicaciones, reduciendo los factores que contribuyen al desarrollo de las mismas, procurando un diagnóstico precoz, además de brindar un tratamiento adecuado cuando se presenten. Como todas las acciones del equipo de salud que se realizan durante las sucesivas entrevistas o visitas programadas de la gestante, este control tiene como objetivo detectar y reducir los riesgos del embarazo preparándola adecuadamente para el parto y posterior crianza de su hijo. (Nassif, 2012)

Como plantea Aguirre (2014):

La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención prestada a las mujeres embarazadas de una comunidad y la salud materna y perinatal valorada luego por los índices de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad. La vigilancia de la salud de la mujer embarazada es, por tanto, una herramienta para reducir la morbi-mortalidad materno – perinatal. (MSP 2014, p.11-12).

Es fundamental proporcionar la sustentabilidad del sistema en el ámbito de la salud materno infantil mediante la promoción de un modelo asistencial basado en buenas prácticas de atención, facilitando el ejercicio de los derechos en SS y SR en el proceso del nacimiento.

Con la reforma del Sistema de Salud y la creación SNIS se plantean cambios a nivel del modelo de atención con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con énfasis en el PNA, jerarquizando la Salud como Derecho de la misma forma que lo

describe el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, derecho de las personas que constituye además un bien social inestimable. Como tal, se debe asegurar su vigencia y eficacia, ya que es una responsabilidad conjunta de la sociedad y el Estado. (Barrenechea, C. 2009).

Los DDSS y DDDR son derechos humanos reconocidos internacionalmente en los últimos años, Uruguay ha dado grandes avances en su reconocimiento legal y normativo, así como en la consolidación del estado como su garante.

También se puede identificar en este cambio de modelo de atención el enfoque y estrategia de la APS que se define como:

Atención esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesibles a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda asumir para mantenerla". La APS forma parte integral de un sistema de salud de un país, así como el desarrollo económico y social de la comunidad acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive, trabaja, construyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud. (Fescina, RH. 2011, p 12.).

En efecto, el cambio de modelo de atención desde una perspectiva de derechos y enfoque de género tiene un impacto en la modalidad de atención prenatal que se le brinda a la mujer embarazada. Por esta razón, los servicios apuntan a mejorar la calidad de atención y estos se verán reflejados en las vivencias de las embarazadas en el transcurso de los controles prenatales. Teniendo en cuenta también las experiencias que cada una vive, influenciada por cómo se da dicho proceso y el cuerpo de conocimiento adquirido previamente. De ahí el servicio brindado y el vínculo que se genere con los prestadores de salud influyen y determinan en este proceso de forma negativa o positiva.

Desde el MSP se han elaborado las Guías en Salud Sexual y Reproductiva para lo cual, desde el 2014, los servicios cuentan con el “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” que continúa plenamente vigentes actualizando las guías publicadas en 2007 y 2009. A las guías citadas, en 2018 se le unen Recomendaciones que incorporan el punto de vista de las prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional.

En base a los dos documentos mencionados se elabora un cuadro con los lineamientos, recomendaciones y aspectos que son pertinentes tener en cuenta para este trabajo de investigación. (Ver cuadro N°1)

Cuadro N°1: Lineamientos y recomendaciones para el abordaje de las embarazadas en el PNA

OMS recomienda los siguientes aspectos a tener en cuenta como objetivos del control y seguimiento de la embarazada	<ul style="list-style-type: none"> • Educar, aconsejar y apoyar a la gestante, su pareja y su familia. • Promover acciones preventivas • Pesquisar la aparición de síntomas y/o signos clínicos y/o paraclínicos de alarma. • Intentar el seguimiento del embarazo, diagnóstico y tratamiento de afecciones en el centro de salud de preferencia de la usuaria. • Referir a la usuaria a centros de atención de mayor complejidad cuando esto sea conveniente.
---	---

Recomendaciones para los servicios de PNA	Características
<p>Acceso</p> <p>El control prenatal debe ser accesible para la usuaria y su familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad en el acceso al transporte (días, horarios, etc) • Horarios y días de consulta (brindando propuesta amplia y variada para fomentar la participación de los acompañantes). • Facilitar las interconsultas con coordinaciones eficientes y efectivas, intentando disminuir la cantidad de visitas a la institución y disminuyendo los tiempos de espera, concretando las interconsultas antes del próximo control obstétrico. • Adecuar los tiempos de las consultas a las características de estas. (Primer control, y consultas siguientes). • La distribución en la planta física del área de control y salas de espera (escaleras, señalización, puestos de informes, acceso universal), disponer de herramientas frente a situaciones especiales (ej.: hipoacusia, entre otras).
<p>Área de control prenatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El área física del consultorio en donde se realizará el control prenatal debe contemplar un espacio cómodo y funcional de trabajo. Se recomienda una distribución del mobiliario que facilite el contacto visual entre el equipo, la usuaria y su acompañante. • Las salas de espera deben disponer de asientos y servicios sanitarios destinados a este fin. • Debe contar con gabinetes higiénicos, espacio para actividades educativas, laboratorio propio o coordinación de envío de muestras al laboratorio externo, equipo de ultrasonido propio o coordinación de ecografías en otra institución. • Contar con balanza, cinta métrica, esfingomanómetro, guantes, espéculos, material para toma de muestra de colpocitología oncológica y exudado vaginal y rectal, historias clínicas, carné perinatal e historia clínica perinatal y Doptone y/o estetoscopio de Pinard. • Los servicios deberán garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para brindar espacios de educación participativa, que incluyan temas de interés para las mujeres y sus parejas u otro acompañante. La función de estos será brindar una adecuada preparación e información a la mujer y su familia.

Sistemas de registros	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica, Historia SIP y Carné Perinatal • Se recomienda utilizar un registro de gestantes el que será utilizado para citar a las mujeres que no concurren al control si corresponde
Aspectos a tener en cuenta en la consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Promover acciones que nos permitan conocer su contexto socioeconómico y cultural. • Promover interconsultas oportunas según necesidades identificadas. Se requiere de un registro eficiente y buena comunicación entre los integrantes del equipo de salud. • El tiempo empleado en cada consulta obstétrica debe contemplar con igual importancia los aspectos técnicos y la promoción al diálogo. • El responsable del control obstétrico debe realizar un abordaje integral integrando todas las miradas. • Las citas y asignación de horas para el control obstétrico se debe considerar una prioridad asistencial.
Integración del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Los referentes dentro del equipo de salud para realizar el control prenatal, Obstetras parteras/os, Ginecólogos/as, Médicos/as de familia. • Se recomienda valorar a la usuaria con una mirada interdisciplinaria incluyendo enfermería, psicología, nutrición, odontólogo, asistente social y las interconsultas que surjan según necesidad.
Características de los equipos.	<ul style="list-style-type: none"> • Los equipos multidisciplinario deben brindar una atención integral teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos y familias y no solamente un cuidado biológico. • Equipos de salud compuesto por profesionales con la capacitación técnica adecuada y respetuosos de los principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), de la confidencialidad de la consulta y el secreto profesional y de los DS y RR. • El equipo de salud siempre debe tener una actitud profesional, atenta, preventiva y ética. El facilitar herramientas para que las mujeres logren empoderarse es una de las metas prioritarias en la atención a la mujer embarazada, donde se deberá generar un ámbito propicio para el intercambio de información. • Atención centrada en las mujeres, respetando la pluralidad y las diferentes pautas culturales. Fomentando la toma de decisión de las mujeres. • Los equipos deben tener en cuenta los principios propuestos por la OMS para el cuidado perinatal, donde es importante resaltar la no medicalización, el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando el mínimo de intervenciones que sean necesarias y aplicando la menor tecnología posible.

<p>Consultas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de las consultas: Mensualmente hasta la semana 32, Quincenal hasta la semana 36, semanalmente hasta el parto o hasta las 41 semanas. • En la primera consulta se debe preguntar a la mujer cómo se siente con la idea de estar embarazada, y si manifiesta que se trata de un embarazo no deseado-no aceptado o hay dudas en su continuación, se debe ofrecer información y referencia según lo previsto en la Ley 18.987, de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
<p>Estrategias de intervención ante la no concurrencia a las consultas de control</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar comunicación telefónica con la usuaria y recoordinar la consulta a la brevedad. • Si no se logra establecer el contacto telefónico en 72 horas, o no existen datos para ello, o la usuaria se niega a concurrir a la consulta reprogramada realizar visita domiciliaria. • Si no se cuenta con datos reales para establecer el contacto derivar el caso a Servicio Social para la búsqueda de vías de contacto. • Dejar constancia en la historia clínica de todas estas acciones.
<p>Preparación para el parto La mujer gestante, decidirá cuándo iniciará su preparación para la maternidad, y será el personal de salud el encargado de informarle sobre su derecho y posibilidad de participar de dichos espacios educativos, así como de cuáles son los beneficios de estos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El MSP ha establecido a las actividades de preparación para el nacimiento como una meta asistencial 2017-2019 para los prestadores del SNIS y establecido una guía para la implementación de estas actividades. • La OMS recomienda la preparación para el nacimiento por sus efectos beneficiosos maternos y perinatales que la evidencia científica muestra como: <ul style="list-style-type: none"> Menor grado de ansiedad, manifestando una actitud positiva. Mayor asistencia al control prenatal Mayor disfrute del embarazo y el parto, mejorando su calidad de vida y percepción del proceso. Mayor y mejor participación de la pareja, apoyo hacia la mujer durante todo el trabajo de parto, brindando seguridad y mayor contención emocional. Adecuada respuesta a las contracciones uterinas, utilizando las técnicas de relajación, respiración, etc. Menor duración total del trabajo de parto Menor uso de fármacos en general Menor incidencia de cesáreas Mejor vínculo con el recién nacido y mayor aptitud para una lactancia natural

<p>Contenidos recomendados para la orientación de la mujer gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado en salud. • Cambios del cuerpo durante la gestación. • Síntomas y signos fisiológicos y patológicos de cada trimestre (vómitos, estreñimiento, hemorroides). • Alimentación durante el embarazo y lactancia, basado las guías alimentarias de MSP. Suplementos de ácido fólico y Hierro según normas MSP. • Desarrollo fetal. • Importancia de prevención de la aloinmunización anti-D en grupo de mujeres Rh negativo. • Cambios emocionales en las diferentes etapas. Sentimientos contradictorios, incertidumbres y miedos. • Salud bucal, prevención de infecciones dentarias e higiene. • Prevención de violencia doméstica • Sexualidad. • Motivos de consulta, señales de alarma y consulta inmediata. • Parto, trabajo de parto, parto, cesárea, nacimiento. • Puerperio, cambios físicos y emocionales. • Métodos anticonceptivos. • Lactancia. • Cuidados del recién nacido. • Preparación física para el embarazo, parto y recuperación posparto. • Información de leyes que protegen a la embarazada, acompañamiento y lactancia • Consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas. • Orientación para la prevención de ITS/ VIH-SIDA y consejería y entrega de preservativos.
--	--

***Cuadro de elaboración propia** Fuente: Guías en Salud Sexual y Reproductiva 2014 “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio”; Recomendaciones de las prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional 2018.*

Todas las acciones realizadas por parte del equipo de salud teniendo en cuenta las recomendaciones mencionadas van a determinar una atención de calidad oportuna eficiente, facilitando la continuidad del proceso asistencial, a la adherencia a los controles prenatales, el cumplimiento de las indicaciones realizadas y el acompañamiento de la embarazada y su familia.

Pero no debemos olvidar que además de las acciones realizadas, orientación y acompañamiento a la mujer, su pareja y/o familia durante el embarazo por parte del equipo, los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales juegan un rol preponderante en la salud de las mujeres gestantes y en los resultados maternos y perinatales. Por eso es fundamental contar con información adecuada, brindada por un profesional especializado en la temática, de acuerdo con la etapa del embarazo que esté transitando, junto a los aspectos anteriormente mencionados, va a contribuir en una disminución de riesgos y complicaciones.

Como plantea Abreu 2015

La consulta es una oportunidad para expresar la necesidad de ser escuchada. Una escucha que valide sus emociones, que no emita juicios y favorezca el encuentro con otros que le aseguren una red de apoyo para que pueda vincularse de manera sana con su bebé. Es importante entonces lograr un clima de confianza buscando generar un encuentro cálido y personalizado que infunda seguridad. Es fundamental abordar la consulta con respeto, tolerancia y empatía preservando la intimidad y la confidencialidad de modo que la paciente se sienta cómoda. Cuando la mujer embarazada se siente cuidada, cuando se siente escuchada y atendida en sus necesidades, es reasegurada en su autoconfianza. (Abreu 2015, p.126-127)

Por lo tanto, la forma en cómo el equipo de salud se comuniquen en el proceso de atención prenatal y brinde dicha información será de vital importancia, ya que determina la vivencia de la embarazada en este proceso. La comprensión de dicha etapa y proceso vivido por parte de los integrantes de los servicios de salud es una clave en la llegada a dicha embarazada. Todos los integrantes del equipo que forman parte del abordaje del control prenatal, así como también el resto de los funcionarios que toman contacto una vez que la mujer embarazada ingresa al servicio, determinan experiencias que luego la

embarazada lo expresa en vivencias.

Por lo tanto, todas las situaciones que favorezcan o no el abordaje del proceso fisiológico serán identificadas por la usuaria, a través del vínculo que logre generar con los equipos que llevan adelante su atención.

Como plantea Abreu y otros 2015

Está reconocido que las habilidades interpersonales son tan importantes como las habilidades clínicas y que, en muchos escenarios, las actitudes negativas y discriminatorias hacia las pacientes constituye una de las barreras primordiales para el acceso al cuidado y control del embarazo. (Abreu et al p.126-127).

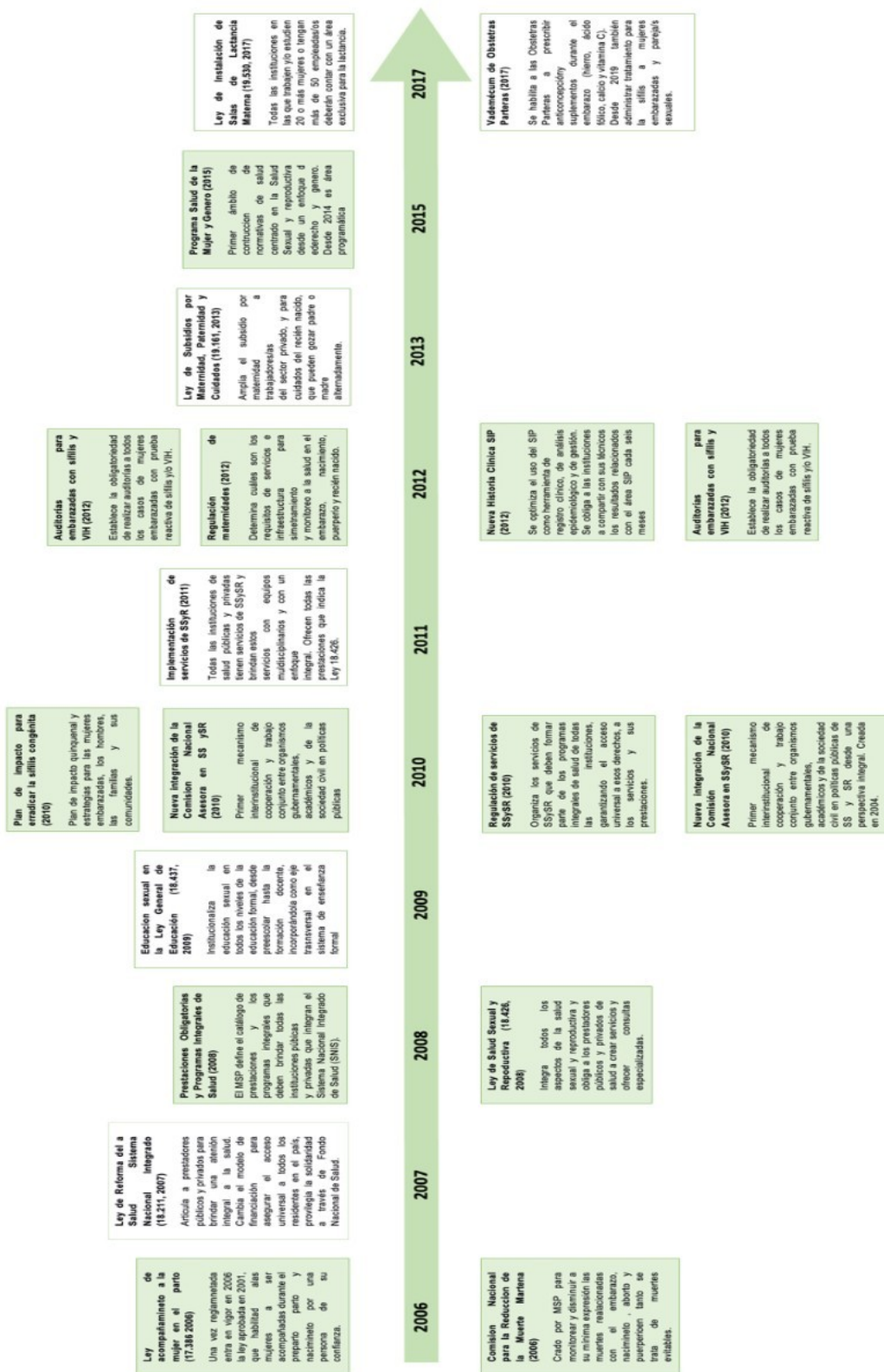
Identificar como son los vínculos generados en este proceso se torna necesario y nos lleva a la autorreflexión porque los cambios en el modelo de atención involucran más aspectos que solo el seguimiento de las recomendaciones implementadas por las políticas de salud. Trae aparejado un cambio en el comportamiento y las actitudes adoptadas por los integrantes de los equipos de salud. Es por esto que el cambio tiene la complejidad de lograr alcanzar servicios de calidad, donde el rol de cada integrante de salud debe estar acompañado del compromiso con la tarea y función que cumple en este proceso. Se han realizados cambios normativos de carácter progresivo que habilitan y facilitan el cambio de modelo. ¿Pero estas normativas se cumplen en la práctica diaria?

La forma de contestar esta pregunta es la evaluación y fiscalización continua de todos los aspectos que determinan el adecuado abordaje y seguimiento de las embarazadas.

Esto nos determina que, si bien se ha avanzado mucho, aún es necesario contar con insumos e indicadores que nos permita evaluar en mayor profundidad los aspectos que nos determinan que las mujeres embarazadas presenten un adecuado abordaje control y seguimiento de su proceso fisiológico.

3.1 Marco contextual

Evolución de las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en Uruguay.



Fuente: MSP Políticas públicas de la salud sexual y salud reproductiva. Universales, integrales, inclusivas y con equidad (2005- 2019)

3.2 Evolución histórica

Desde 1996 como resultado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo CIPD - Cairo, 1994 y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing 1995, desde el Estado se comenzaron a elaborar e implementar políticas y programas específicos en SS y SR. Intervinieron también las constantes reivindicaciones de los grupos de mujeres y feministas. En ese momento se creó el Programa Maternidad y Paternidad Elegida, ubicado en el MSP. A partir del año 2001 cesa este programa y comienza a implementarse el Área Mujer y Niñez.

En 2005 se cambió nuevamente esa estructura y se creó el Programa Salud de la Mujer y Género que marcó un cambio de un enfoque materno infantil, a un modelo centrado en la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derecho con enfoque de género. Este cambio de paradigma se conformó en el año 2010, cuando se creó el Área de Salud Sexual y Reproductiva (desde el 2013 Departamento) cuya primera tarea fue la reglamentación de la Ley 18426, promoviendo la salud sexual y salud reproductiva con enfoque de derecho y de género para todos. (López A. 2016).

Dicha Ley fue reglamentada en 2010 Decreto 293/010 en defensa del Derecho a la SS y SR teniendo como objetivos generales el garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones, la formación adecuada de los recursos humanos de la salud y la incorporación de la perspectiva de género; universalizar en el nivel primario de la cobertura en salud sexual y reproductiva (SSR) y capacitar a docentes de la enseñanza primaria, secundaria y terciaria para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena.

En el año 2010, y a partir de la reglamentación de la Ley se explicita también las características de los Servicios de SS y SR a través del Decreto del Poder Ejecutivo,

293/2010; debiendo cumplir con los abordajes de atención planteados en la Ley, entre los que se encuentran los de ser inclusivos e igualitarios, respetando la diversidad de las personas por orientación e identidad sexual, condición étnico-racial, etc. (Ley 18426, 2010).

3.3 Marco legal y normativo

Dentro de los avances normativos en SS y SR los equipos cuentan con un marco normativo y legal para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos que se detallan a continuación. (MSP 2014).

Ley 16104, Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos

Ley 17215, Gravidéz y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encontrare en estado de gravidéz o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo

Ley 11577, Prohibición de despido- Decreto Ley 8950. Se prohíbe el despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservarle el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales. En caso de despido: indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común.

Ley 16045, Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.

Ley 17386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea) por su pareja o por quien ella elija.

Ley 17514, Ley Violencia Doméstica. Ley orientada a la prevención, detección temprana, atención y erradicación de la VD.

Ley 17930, Los padres del sector público tienen derecho a una licencia por paternidad de 10 días hábiles a partir del día del nacimiento.

Ley 18211, Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. Reglamenta “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud”. Principios rectores: intersectorialidad, cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios, orientación preventiva, integral y de contenido humanista

Ley 18345, Trabajadores de la actividad privada. Los padres varones del sector privado tienen derecho a una licencia que comprende el día del nacimiento y los 2 días siguientes al mismo.

Ley 18426, Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. “El estado se asume como garante de las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y

reproductivos de toda la población, promoviendo políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñando programas y organizando los servicios para desarrollarlos. En su artículo 6º prevé “la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos”.

Ley 18987 Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece que las mujeres que cursan un embarazo no deseado-no aceptado pueden solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Establece los requisitos y el procedimiento para acceder a este servicio.

Ley 19.161. Licencia por maternidad y paternidad. La mujer embarazada deberá cesar todo trabajo 6 semanas antes de la fecha probable del parto.

Su reintegro laboral será 8 semanas posteriores al parto. Las usuarias autorizadas por BPS podrán variar estos períodos. Actividad compensada por paternidad: 3 días continuos a partir del día del parto, periodo que se incrementa a 7 días a partir del 1º/1/2015 y a 10 días a partir del 1º/1/2016

Ley 19.167 de Regulación de técnicas de Reproducción Humana Asistida.

3.4 Normativas sanitarias vigentes.

El MSP cuenta además con guías y normativas sanitarias para contribuir en un adecuado abordaje a disposición de los equipos de salud. (MSP 2014).

Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la deficiencia de hierro. MSP 2014.

Guías en salud sexual y reproductiva. Capítulo: Anticoncepción. Métodos reversibles e irreversibles. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2013.

Guía Clínica para la eliminación de la Sífilis Congénita y transmisión vertical del VIH. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. 2013.

Guía de VIH: Diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización para adultos, mujeres embarazadas y pediatría. MSP 2013.

Ordenanza Ministerial 367/13. Inclusión de auditoría obligatoria casos mujeres embarazadas con infección VIH. Junio, 2013

Formulario oficial de auditoría de sífilis gestacional y congénita. MSP. Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Salud Integral de la Mujer. Programa Nacional ITS/VIH-SIDA. 2013.

Instructivo del Formulario oficial de auditoría de sífilis gestacional y congénita. 2013

Instructivo del Formulario de auditoría de mujeres embarazadas con infección VIH. 2013.

Programa Nacional Prioritario de Nutrición 2005-2009. MSP. DIGESA.

Ordenanza Ministerial 447/12. Control de embarazo e ITS. Protocolo de intervención ante el mal control de embarazo. MSP. Agosto, 2012.

Formulario oficial de auditoría de mujeres embarazadas con infección VIH. MSP.

Ordenanza Ministerial 693/12. Documento Técnico de Maternidades. MSP, 2012.

Ordenanza Ministerial 99/11. Recomendación para la 1. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemolítica feto-neonatal en la gestación y 2. Inmunoprofilaxis anti D. MSP, febrero 2011.

Capítulo 4. Metodología

4.1 Tipo y diseño del estudio

La investigación realizada es de tipo cualitativa y con enfoque fenomenológico ya que se enfocó a “comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. Se busca comprender acerca de los fenómenos que las rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad”. (Hernández, R. 2010, p.364).

Para Marshall y Rosman la investigación cualitativa es pragmática interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas. (citado en Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 26)

La investigación es un diseño fenomenológico dado a que se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. (Mertens (2005). Según Bogden y Biklen, se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado en este caso de una experiencia. (citado en Hernández, R. 2010, p. 515).

4.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra

El universo de estudio fueron las embarazadas primigestas a partir de 18 años que cursaban el tercer trimestre de gestación y se controlaban el embarazo en centros de PNA ASSE –RAP en Montevideo, en el periodo junio - diciembre 2022.

La selección de la muestra de las participantes se realizó mediante el método casos- tipos teniendo como objetivo la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la estandarización. El objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social. (Hernández, R. 2010, p. 397).

El tamaño de la muestra se conformó por saturación.

Criterios de inclusión: embarazadas adultas primigestas mayor o igual de 18 años, cursando el tercer trimestre de embarazo, que sus controles prenatales se realicen en centros de Primer Nivel de Atención de la RAP-ASSE Montevideo. Y que den su consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Que esté cursando un embarazo patológico o complicación asociada al embarazo. Que presente controles prenatales en instituciones privadas.

4.3 Técnica e instrumento

La técnica de recolección de datos es una entrevista semiestructurada mediante una guía de preguntas para el investigador. (Anexo 6)

4.4 Consideraciones éticas:

Esta investigación da cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto N° 158/019, en base a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos humanos, Declaración de Helsinki (2000) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, lo dispuesto en la Constitución de la República en su Art.44° y 72, la Ley 9.202 del 12 de enero de 1934 -el literal c) del Artículo 44 del Anexo del Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, la Ley N° 18.331 del 11 de agosto de 2008, la Ley 18.335 del 15 de agosto de 2008 y Artículo 339 de la Ley N° 18.362 del 6 de octubre de 2008.

Dicha norma aprueba la Investigación con Seres Humanos, como forma de apoyar Investigación, preservando en todos los casos la dignidad y los derechos humanos, de los sujetos involucrados.

Para llevar adelante la investigación dentro de las consideraciones éticas recomendadas

- se solicitó las autorizaciones institucionales en primer lugar del comité de Ética

de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República (Anexo 1).

- También se solicitó autorización a la Dirección de la RAP, realizando todos los procedimientos administrativos correspondientes (Anexo 2).
- Consentimiento

4.5 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados

Primeramente, se da comunicación vía mail con las direcciones de los centros de Salud brindando información de la investigación contanto con el respectivo aval de la Dirección de la RAP. Se tomó contacto en primera instancia con los centros correspondientes al área Este, Centro y Sur. Con los centros que dieron respuesta se tomó conocimiento sobre días y horarios de profesionales que realizan controles de gestantes y se tomó contacto con los referentes de SS y SR de los mismos.

Previo a la realización de la entrevista se entregó un consentimiento informado (Anexo 4) con información de la investigación (Anexo 3) aclarando la confidencialidad de los datos que cada participante debió firmar. Se solicitó autorización para grabar las entrevistas. Además, se contó con un diario de campo para realizar registros de las interpretaciones gestuales de la entrevistada, así como el ambiente o sucesos a destacar durante la misma. Se acordó con cada centro de Salud un consultorio disponible para realizar las entrevistas. Para obtener la muestra se captaron embarazadas en sala de espera posterior al control prenatal, algunas de ellas también fueron derivada por técnicos que realizan los controles donde se les brindaba la información. Las interesadas en participar en la investigación firmaron un consentimiento que autorizaban a que se brindara el contacto telefónico para invitarlas a participar. (Anexo 5).

La mayoría de las embarazadas entrevistadas se lograron captar en sala de espera de los servicios de Salud posterior a su control prenatal, donde el contacto se generaba al

sentarme en sala de espera sin ninguna distinción que pueda identificarme como funcionaria de los servicios de la RAP.

Prueba Piloto

Se realizó una primera entrevista como prueba piloto y de la misma surgen aspectos que brindaron herramientas para mejorar la interacción con la entrevista donde no se modificó el instrumento.

4.6 Plan de Análisis

Luego de las entrevistas, se procedió a la transcripción de las grabaciones a texto en forma manual. Con los contenidos encontrados, se realizó un esquema de categorías y subcategorías para el análisis de los contenidos.

Según Hernández 2010 el análisis de contenido implica organizar los datos recogidos, transcribirlos a texto y codificarlos. La codificación tiene dos planos, en primer lugar, se generan unidades de significado y categorías, y en segundo lugar emergen temas y relaciones entre conceptos. Se identifican categorías al darle significado a los segmentos, lo cual cada uno induce a una categoría si son diferentes en significado y concepto, y si son similares inducen a una categoría común. (Hernández, R. 2010, p.448)

Capítulo 5. Resultados y Análisis.

En las entrevistas participaron 15 embarazadas logrando esta muestra por saturación. A continuación, se resumen las características sociodemográficas de la población entrevistada. De acuerdo con los datos recabados se destaca que el mayor número de entrevistadas estaba en el rango de 21 a 27 años, 3 correspondientes a 18 años y 1 a 32 años. En la variable estado civil la mayoría expresó ser solteras y 3 en unión estable. Con respecto al nivel educativo apenas tres de ellas manifiestan tener secundaria completa. En cuanto a la situación de convivencia 8 del total refiere vivir con 1 o más familiares directos, y 6 de ellas convive con su pareja. Con respecto a la ocupación, 10 manifestaron estar desocupadas, 3 con empleo y 2 cursando estudios. (Apéndice Tabla 1)

Dentro de las categorías de análisis encontramos las siguientes dimensiones

- Vivencias proceso de Embarazo
- Modalidad de Atención
- Salud como Derecho

Dentro de estas dimensiones se encontraron categorías y subcategorías que se describen a continuación en el siguiente cuadro. Ver Cuadro N2)

Cuadro N2: Dimensiones, categorías y subcategorías de análisis

Dimensión 1: Vivencias proceso de Embarazo	Categoría: <u>Satisfacción con el transcurso del embarazo.</u>	Sub-Categorías: Proceso fisiológico de embarazo enfocada a: <ul style="list-style-type: none"> • Contacto generado a través del sonido (latidos) • Contacto generado a través de la visualización (ecografía) • Síntomas y /o sucesos generados por el proceso • Proyecto de vida: realización personal. • Servicio que realizan atención prenatal • Controles prenatales en el marco de la consulta
	Categoría: <u>Frustraciones dentro del proceso de embarazo</u>	Sub-Categorías: Proceso fisiológico del embarazo enfocados a: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios, síntomas y procesos vividos durante el embarazo • Servicios que realizan atención prenatal. • Factores que dificultan el proceso de atención
Dimensión 2: Modalidad de Atención	Categoría: <u>Primer Nivel de Atención:</u>	Sub-Categorías: Características PNA <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Atención longitudinal • Territorialización
	Categoría: <u>Componentes del control:</u>	Sub-Categorías: Elementos que lo componen: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo multidisciplinario con enfoque integral. • Consulta con prioridad (controles prenatales, interconsultas, estudios) • Trato humanizado: actitud profesional, empatía, encuentro cálido y personalizado • Consulta como oportunidad para expresar necesidades: clima de confianza, preventivo y ético, ámbito de intercambio de información, orientación y acompañamiento.
	Categoría: <u>Componentes del servicio:</u>	Sub-Categorías: Factores: <ul style="list-style-type: none"> • Que favorecen la atención prenatal • Que dificultan la atención prenatal

Dimensión 3: Salud como Derecho	Categoría: <u>Derechos SS Y RR</u>	Sub-Categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la atención adecuada • Derecho a la elección de los servicios y equipos de atención • Derecho a recibir información y asesoramiento • Aspectos que favorecen o dificultan el acceso a la información: formación técnica, infraestructuras, habilidades de comunicación.
--	--	---

Cuadro de elaboración propia: basado en contenido del Marco teórico.

!

5.1 Dimensión 1. Vivencias del proceso de embarazo

Categoría: Satisfacción con el transcurso del embarazo

Se indagó sobre los aspectos que generan satisfacción en ellas en este proceso. Y se destacan las referencias que realizan relacionadas directamente a las vivencias sobre el proceso de gestación como tal.

“El saber que va bien cuando le escucho los latidos y esas cositas como que ta...me siento bien”. (Celeste) Mientras se expresa, la entrevistada acaricia el abdomen.

“Cuando te hacen escuchar el corazón del bebé, eso está genial”. (Azul)

La mujer embarazada experimenta cambios emocionales desde el primer momento del embarazo, que se traducen en una mayor sensibilidad y que juegan un papel importante en el proceso de preparación hacia la maternidad”. (Olza I, 2020).

Por lo cual todo lo que vive relacionando al proceso como tal, tomar contacto con los cambios y sucesos que se van desarrollando en cuanto a la gestación le genera satisfacción.

Otro aspecto satisfactorio que identifican las embarazadas es la visualización del feto por medio de la ecografía obstétrica. Teniendo un significado muy importante.

“Y... las ecografías, que te van diciendo cuánto van midiendo, cuánto va pesando. Por ejemplo, la última ecografía que tuve ya me dijeron el peso”. (Verde)

“... me pongo contenta cuando voy a la ecografía viste que los veo así, ay! ¡es relindo eso!”. (Verde claro)

La ecografía prenatal tiene como principal objetivo proporcionar a la profesional información sobre el estado y desarrollo del feto. Aun así, para la mujer embarazada representa un componente importante permitiendo que lo visualice y lo conozca antes de su nacimiento. (Fonseca et al, 2000)

Este momento se vuelve una instancia cargada de emociones y representa un momento único para las embarazadas.

También se logra identificar que la satisfacción se ve reflejada en lo que les generó en sus vidas el transitar este proceso nuevo para ellas, donde lo identifican como algo positivo y tiene una trascendencia en el transcurso de sus vidas.

“A la verdad que ahora me siento muy bien, ... y no sé este embarazo me hizo me hizo volver a ser yo y con más ganas de vivir, más ganas de hacer las cosas bien y seguir adelante”. (Blanco)

“Bien, bien, bien, sí sí sí, ... una experiencia única todo nuevo, todo nuevo sí, ...y nada que todos los días se descubre algo nuevo digamos todos los días aprendes algo diferente, siempre”. (Violeta Claro)

Otro aspecto es la proyección personal, como algo que fue planeado, o aceptado desde el momento que se enteraron de que estaban embarazadas, lo identifican como satisfactorio, y surgen de las respuestas de las entrevistadas.

“Bien, contenta qué fue algo que planeé”. (Verde)

*“Bien, ansiosa nerviosa, pero desde que me enteré yo siempre quise tenerlo”.
(Rojo)*

*“Es medio un caos es raro, sentir que tenes algo adentro que está teniendo vida,
pero yo estoy feliz, yo estoy chocha”. (Negro)*

Se identifica que la satisfacción hasta el momento se viene dando por todos los aspectos nuevos que se vienen generando en ellas al transitar este nuevo proceso.

Cabe destacar que todas las embarazadas entrevistadas estaban transitando un embarazo deseado, más allá que fuera o no planificado.

Si nos centramos ahora en los aspectos satisfactorios identificados en el transcurso de los encuentros con los profesionales para llevar a cabo los controles prenatales, se puede ver que las embarazadas reconocen la importancia e implicancia que tienen estos en el proceso que están viviendo, reconociendo un cuidado y acompañamiento por parte del equipo al expresar las siguientes respuestas.

“Yo los controles que he tenido para mí fueron excelentes. Bien”. (Verde 2)

“Alegria he... saber que mi hijo está bien que está sano que está bien que si me mandan algo bueno lo hago y después resulta”. (Blanco)

“Sí tranquilidad más que nada es como que.. ta cumplí con el control, cumplí con la rutina me voy tranquila”. (Negro)

“Me siento bien, me siento contenta. ... Eh...ansiosa, siento necesito que llegue el día de un control por ejemplo para sentirla para saber cómo está la bebé... por ahora todo ha salido bien, así que contenta”. (Violeta)

El resultado del encuentro con los equipos y los datos otorgados por los mismos con respecto al seguimiento del proceso de gestación lo identifican como aspectos que le permite tener conocimiento de la situación generando tranquilidad y satisfacción.

“Bien feliz contenta de saber que está todo bien que va todo bien y eso”. (Rojo claro)

“Bien me siento bien porque siempre me sale todo bien entonces como que me siento como aliviada así que está bien mi bebe”. (Verde claro)

“... bien la verdad que sí, o sea cuando me dicen como te digo está todo bien está todo normal ahí sí me siento bien”. Mientras se expresa, la entrevistada sonríe. (Azul claro)

Como plantea Aguirre R. (2014) “el control del embarazo busca vigilar un proceso fisiológico, para evitar complicaciones, reduciendo los factores que pueden facilitar su desarrollo y realizando un diagnóstico precoz y una atención adecuada cuando se presenta” (Aguirre. 2014, p 11).

Esto se ve reflejado en las respuestas donde las embarazadas lo viven como algo positivo y que es para lograr un adecuado seguimiento y control de su embarazo.

Categoría: Frustración dentro del proceso de embarazo

También se indagó sobre la frustración donde se evidencia por un lado lo relacionado directamente con el proceso de embarazo y las repercusiones biológicas que pueden generar, o lo que genera eso en ellas.

“Al principio es como una preocupación porque en vez de subir de peso como que bajaba de peso, bajaba de peso y era como preocupante venir a un control era como que a ver si subía o baje qué onda”. (Verde oliva)

“Y ...no la última vez cuando me dijeron que tenía la placenta baja... se acomodó y todo entonces. (Verde 2)

“Tristeza ahora que en el primer examen de la curva me salió como que tengo diabetes gestacional. Así que me tengo que ir a controlar. ... Por primera vez una noticia media triste, desde las 29 semanas de control así que no sé cómo me irá”. (Violeta)

El embarazo es una etapa en la vida de una mujer que contempla cambios muy drásticos, el primer embarazo tiene un significado en particular. Especialmente el primer embarazo provoca ansiedad, porque todo se desconoce y es necesario un equilibrio psíquico para afrontar con las exigencias emocionales, sentimientos de indefensión y dependencia generados de este evento. (Pichardo A 2013).

Esa frustración que identifican las entrevistadas forma parte de este proceso desconocido y nuevo para ellas en el cual sucesos o alteraciones biológicas no esperadas traen sentimientos de tristeza y preocupación.

También están los aspectos relacionados directamente a los cambios que provoca el propio proceso fisiológico.

“No, no, no a veces de la nada me pongo melancólica pero no todo bien sí o sea ella de... pero es que claro estoy bien y de la nada como que hay...” La entrevistada se expresa, entre risas. (Blanco tiza)

“No tristeza no, creo que tengo nervios si muchos nervios mucha inseguridad mucho miedo de qué cómo va a salir todo, pero creo que eso nomas”. (Rojo claro)

“A me siento remal, a veces me siento mal porque me siento re decaída y como que todo me cae mal y todo así, este cambio de humor y todo aparte que no engordo nada no puedo engordar parece que mi hijo se está llevando toda la belleza mía. La entrevistada se expresa, entre risas (Verde claro)

Los cambios que generan el proceso fisiológico en ocasiones son identificados como aspectos de frustración o que traen consigo sentimientos de tristeza, pero son esperables ya que el embarazo como proceso fisiológico normal contempla una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos. Todos estos cambios están enfocados en adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevos ser representa para el cuerpo de la mujer. Este cambio ocurre de manera gradual pero continua, y van desde cambios metabólicos y

bioquímicos hasta cambios anatómicos e incluso cambios conductuales y emocionales.

(Carillo -Mora P. et al 2021)

Continuando con los indicadores de la frustración, otros de los aspectos que se identifican como tal son los relacionados al vínculo con el profesional al momento de la consulta para realizar la ecografía obstétrica. Se identifica en una de las entrevistadas lo vivido en el marco de esa consulta.

Se evidencian en las respuestas ciertos aspectos que condicionaron esta atención relacionada al vínculo y trato de que se generó en ese encuentro.

“Eh...en realidad la frustración... solo la ecografía aquella que me fue mal porque la persona trataba mal, se entiende que esté mal pero bueno no sé yo creo que todos tenemos problemas y hay que tratarla de llevarla lo mejor posible”.

(Blanca)

Evidencia que el profesional no se comportó como indican las recomendaciones, donde se espera que sea un encuentro cálido y se genere una empatía para lograr un clima de confianza. Este hallazgo es un punto a tener en cuenta en procesos de mejora, aspectos que se profundizaran en las conclusiones y sugerencias de la investigación.

Asimismo, se procuró analizar la dinámica de funcionamiento, es decir, el tiempo de espera o tiempo dedicado a la consulta, y ambos pueden ser visualizados como elementos de frustración o discomfort en algunas oportunidades.

“La demora lo único que por eso que yo sé que soy media ansiosa que me pongo media psiquiátrica con el tema de los horarios y eso me... ”. (Negro)

“Bien sí deseando llegar a casa no porque a veces estoy horas y horas ahí, ... ahora porque hay poca gente, pero a veces yo llego temprano y estoy como tres o cuatro horas ahí sentadas esperando para que me atienda porque se llena...”. La entrevistada al terminar de expresarse sonríe. (Blanco Tiza)

“Cansada porque me hacen demorar un montón “risas” como que es mucha la demora. Por ejemplo, a mí me hacen venir a las 12 y por ejemplo la partera todavía no llegó, tengo que esperar a que llegue la partera que atienda primero a las que estaban antes de mí y a veces, la última vez me fui a las cuatro de la tarde”. (Negro)

Esto evidencia que según las respuestas de las embarazadas no se cumple lo que está recomendado acerca de que se deben minimizar la cantidad de visitas a la institución y disminuir los tiempos de espera. Las largas esperas antes de ingresar a la consulta no deberían ser una dificultad hoy en día en los servicios de salud. Ya que la modalidad de agenda con día y hora estipulada se implementó durante el transcurso de la pandemia y debería continuar vigente hasta el momento.

También el tiempo empleado en cada consulta obstétrica debe contemplar con igual importancia los aspectos técnicos y la promoción al dialogo.

“... a veces vengo ponele, me pasó el control pasado que yo entré y estuve 2 segundos, me entendés, estuve como 2 horas ahí sentada para que me atendieran en 2 segundos me entendés, ...Sí igual todo lo que yo he tenido para preguntar lo he preguntado como que no me, no me ha complicado mucho a mí. (Verde claro)

Si bien se evidencia que se les da respuestas a sus necesidades el tiempo de consulta en este caso lo identifica como insuficiente.

5.2. Dimensión Modalidad de Atención

Categoría: Primer Nivel de Atención

Continuando con la categoría modalidad de atención se logra identificar que si nos ubicamos en el escenario donde se lleva cabo la atención del embarazo de las gestantes, y teniendo en cuenta la accesibilidad geográfica como una de las características del PNA, emerge de las respuestas de las gestantes que la cercanía de los servicios es una determinante para llevar a cabo la atención prenatal de su embarazo en dichos centros asistenciales.

“Porque me quedaba más cerca, era..... la policlínica más cerca que tenía en el barrio”. (Verde)

“Porque me queda más cerca, yo vivo a 2 cuadras, ahí cerquita”. (Verde 2)

“Porque vivo cerca, esté ..vivo, vivo cerca podría venir caminando irme caminando. (Blanco)

“Porque vivo en la zona...Claro me queda cerca. (Rojo)

El MSP (2008) establece dentro de las pautas que las características de las Instituciones que brinden asistencia a embarazadas deben ser accesible en cuanto al control prenatal, la disponibilidad en el acceso al transporte en cuanto a días y horarios, brindando

propuestas amplias y variadas para fomentar la participación de los acompañantes. Se evidencia entonces en las respuestas, que la embarazadas cuentan con servicios accesibles en la zona donde viven para llevar a cabo el control prenatal.

No obstante, la cercanía de estos servicios, también se pudo identificar que muchas veces la elección está determinada por los diferentes momentos del ciclo vital de las gestantes. El hallazgo en las entrevistas demuestra que muchas veces estos centros se constituye un lugar de referencia para ellas y sus familias a lo largo del transcurso de sus vidas.

“Me queda más cerca y ya me atiendo acá desde chica”. (Celeste)

“No... me queda cerca de mi casa ybien, está bien, yo ya siempre me controlaba acá, desde adolescente y desde bebé también así que ... (Verde oliva)

Dentro de las características de los servicios de PNA se destaca la longitudinalidad. La atención longitudinal significa que la población identifica a un centro asistencial como el suyo y el equipo proveedor brinda una asistencia centrada en la persona, considerando sus valores y sus preferencias. (Prieto A. 2013)

Pero la distribución geográfica de los servicios y su cercanía no es lo único que se identifica al momento de la elección. Esta distribución por área geográfica permite a la población contar con los recursos cerca de donde viven. Pero esto no significa que las usuarias no puedan elegir donde realizar sus controles de embarazo dentro de la disponibilidad de servicios con los que cuenta la RAP en todo el territorio. Como lo indican las recomendaciones del MSP (2018) la atención debe ser orientada hacia los principales problemas de salud enfermedad de la población, logrando un buen nivel de satisfacción del usuario. Esto último, se ve reflejado en las respuestas ya que, a pesar de

las distancias y dificultades de acceso, se elige como opción ante la satisfacción y resolución que genera el servicio.

“Porque es más eficiente que en otros lados, allá en Toledo no hay mucho, los médicos a veces no van, o hay millones de problemas entonces ta, a mí me parece que acá tiene todo”. (Verde Claro)

Cuando se intenta profundizar sobre el conocimiento que presentan las usuarias que recorren largas distancias para acceder a la atención de su embarazo, se vuelve a identificar la desconformidad sobre la atención recibida en los servicios accesibles.

“Tengo, digamos relativamente 10 cuadras, pero, si vas si no hay un médico si vas y oh no va la partera o se le ocurrió salir de vacaciones.....ponele yo después que tenga mi hijo voy a tener que, no sé cómo voy a hacer para controlarlo. Porque mi sobrina me decía que cuando ella controlaba al hijo se iba a las 7:00 de la mañana y a veces la doctora no iba, entiendes y es re temprano y todo y no sé qué hacer después de que nazca, sí venir para acá o qué”. (Verde)

Los centros de PNA cuentan con áreas geográficas delimitadas dentro de la territorialización, que permite la reorganización y distribución de los servicios de forma oportuna donde facilita y contribuye a la respuesta oportuna antes las necesidades de las usuarias, disminuyendo dificultades en cuanto a accesibilidad, tiempo y costo.

Se evidencia que los equipos identifican a los servicios que corresponden según la zona donde vive la usuaria.

*“... me mandaron para acá... Eh... llame al RAP general 1997 y me preguntaron en la zona en la que vivía y me dijeron que me pertenecía Piedras Blancas”.
(Violeta)*

Pero en las respuestas también se visualiza que, si bien se contempla la cercanía geográfica de los servicios para brindar la atención correspondiente, no se contempla el derecho de la usuaria a elegir donde quiere llevar a cabo su atención.

“...fui la primera vez y me dice.. “pero vos sos de Piedra Blanca “..le digo “sí”, me dice “porque no te atendes ahí “..le digo porque no había fecha. Y me dice “ta pero no puede ser estás embarazada te tiene que atender igual”...le digo he.. yo no es mi culpa o sea si no tienen fechas y la agenda está cerrada y como que “no, no, acá no vamos te mandamos Piedras Blanca ... ahí mismo la carne dice Piedras Blancas, Piedras Blancas”. (Negro)

Los servicios de salud de PNA tienen una lógica de redistribución con zonas asignadas, esto facilita la llegada a la población porque se localizan dentro de zonas específicas optimizando la distribución y organización de los recursos disponibles para el abordaje de la población. Es importante destacar que, si bien esta organización permite mejorar la accesibilidad de las embarazadas a los servicios, las usuarias tienen derecho a elegir dónde quieren realizar su control prenatal. Los servicios deben proporcionar la información necesaria para facilitar la llegada de las usuarias a los servicios más cercanos de donde vive, pero no tiene que ser una condición para elegir el servicio de atención.

Categoría: Componente del control

Otra de las líneas investigadas es la que contempla el modelo de atención y su vinculación con los equipos que deben llevar a cabo la atención de la embarazada, tomando como referencia las Guías de atención a la mujer en el proceso de embarazo (2014) y las Recomendaciones (2018) del MSP.

De las entrevistas se destaca que las embarazadas identifican a un equipo que realiza su control de embarazo, haciendo hincapié en la ginecóloga y/o partera como referente de su control. También se destacan otros actores referentes que intervienen, con una participación muy fuerte de enfermería dentro de este equipo.

“La ginecóloga y las enfermeras”. (Verde oliva)

“Si las enfermeras que son las que te pesan y te toman la presión y eso, no sé bien el nombre y ta la partera siempre...”. (Azul)

“Si de la enfermería, enfermería la parte de enfermería que primero te llaman para tomarte la presión medirte, pensarte he hay un particular una muchacha también”. (Violeta claro)

“Sí, la doctora y las enfermeras que son las que te toman el peso la presión y luego doctora que es la que te hace todo el control del embarazo. (Rojo claro)

Se indaga en la entrevista respecto a las condiciones que llevaron a considerar a esa persona como referente y como fue la elección de la misma. Surge que en la mayoría de los casos fue por asignación al momento de concurrir por fecha para control.

“No... nada me dijeron, cuando saqué fecha vine y estaba esta doctora, y buena ta. ...Si, no me molestó cómo me trató la mujer me pareció bien siempre, me parece bien, va siempre”. (Verde claro)

“No son las que te tocan”. (Rojo claro)

“Sí, sí y da la casualidad de que la partera que me entiende a mí también he... también fue de mi prima y me dijo que era muy buena y eso y ta y me empecé a atender con ella”. (Violeta Claro)

Pero se identifica que más allá que fue un profesional asignado esta condición no afectó en la conformidad con la atención recibida. Continuando con el técnico asignado generando empatía con él mismo.

“...me sentí bastante cómoda con la que me tocó y me quedé con ella nomas. (Rojo claro)

“A si la Dra... porque es bastante directa como que no tiene pelos en la lengua me gusta eso”. (Violeta)

El vínculo generado con el profesional y acciones internas de los equipos facilitan la continuidad de atención con el mismo técnico, una vez que se inicia con el proceso de atención. Todo ello facilita la continuidad y seguimiento aportando calidad en la atención brindada.

“Sí o sea primero como te digo me gustó la actitud de ella y después ella me dijo: te venís en 2 semanas, no tenes que sacar fecha, no nada, a partir de ahora te controlas conmigo, ¡¡me encanto perfecto!! (Negro)

“... desde la primera vez ellas me dieron, o sea, siempre que me elegían fecha era con ella”. (Blanco Tiza)

Como lo plantea Abreu R. (2015) es importante “lograr un clima de confianza buscando generar un encuentro cálido y personalizado que infunda seguridad. Es fundamental abordar la consulta con respeto, tolerancia y empatía preservando la intimidad y la confidencialidad de modo que la paciente se sienta cómoda”. (Abreu, M. 2015).

Otro aspecto que se destaca es la estabilidad de los equipos de los sectores de ginecología, haciendo referencia a la continuidad y aspectos que favorecen a una atención adecuada.

“Sí siempre están las mismas muchachas ahí siempre y me tratan bien y todo siempre bien. (Verde claro)

“Sí, sí siempre la misma, la misma muchacha cuando vamos ah porque primero pasamos por ginecología y siempre son las mismas, siempre los que están porque trato de venir siempre a la misma hora. Ta a veces se ve que libran o no sé, cómo es que están o sea variada pero las que están ya las conozco ...”. (Blanco tiza)

Ahora tomando en cuenta la conformación en su totalidad recomendada de los equipos para la atención se reconoce que además de ginecólogo/a, partera y enfermera se identifica en algunos casos a el/la nutricionista como técnico que forma parte de dicha atención.

"...si el nutricionista nunca me acuerdo el nombre ..." (Violeta)

"He...sí, sí sí. Fui a la nutricionista, me mandaron y sí." (Blanca)

"Si estoy con el control con el nutricionista ahora lo estoy viendo cada mes por medio". (Violeta)

Pero no en la totalidad de los casos ya que varias de ellas refieren no haber tenido consulta todavía esperando fecha o no tenerlo contemplado dentro de sus controles. Todo ello ocurre en más de un centro de Salud, dada la respuesta de las entrevistadas.

Esto nos da la pauta de la necesidad de difundir a la embarazada y la población cuales son los integrantes del equipo que deberían acompañar durante todo el proceso de atención.

"Porque no me habían dado fechas, pero el otro día ya pedí y me dieron para el 24". (Celeste)

"No, no porque he venido, pero ahora recién después del embarazo me dieron fecha para el..... para el cómo se llama..... para ver la nutricionista, pero me dieron para después del embarazo. Es como queyo todas las comidas era normal". (Verde oliva)

En otras oportunidades se evidencia además un desconocimiento sobre la alimentación adecuada durante esta etapa haciendo mención a la falta de consulta con especialista.

“No, todavía o sea algunos sé que puedo, y otros sé que no, pero no he tenido con la nutricionista todavía entonces no sé bien”. (Celeste)

Encontramos no obstante en el otro extremo, aquellas embarazadas que si manifiestan tener conocimiento de la alimentación adecuada haciendo referencia a la consulta con nutricionista como factor determinante para ello.

“Sí, más que nada porque fui a la nutricionista. La primera vez que vine ya me mandaron a la nutricionista para que el me guíe, qué cosas evitar que cosas comer”. (Azul)

“Me dijeron pescado o sea mucha verdura carne he... no puedo consumir cosas o sea muchas cosas fritas y esas cosas he.... Estoy yendo a la nutricionista sí”. (Blanco Tiza)

“Sí, en mi caso por ejemplo tuve que asistir al nutricionista porque en los primeros meses fue muy difícil y me mandaron todo verdura cosas livianas y gelatinas postres y todas cosas así...”. (Rojo claro)

Tomando en cuenta las recomendaciones del MSP (2018) con respecto al equipo que debe abordar a las embarazadas, se evidencia en las respuestas que la consulta con nutricionista dentro del control prenatal es irregular a diferencia del referente del control, como lo es Ginecólogo/a o partera que es constante.

Se identifica una inequidad en el acceso a esta consulta dado que algunas de las embarazadas presentaron dificultad para acceder a la fecha, así como también que no lo identifiquen como una consulta prioritaria dentro del control prenatal.

Ahora bien, es importante determinar qué lugar ocupa esta consulta dentro del control prenatal y que impacto tiene la misma en la mujer embarazada y su futura gesta.

Puesto que según recomendaciones de la OMS (2018)

El embarazo exige una alimentación saludable que incluye una ingesta con aportes calóricos proteicos, vitamínicos y de minerales adecuados que satisfagan las necesidades maternas y fetales. Una evidencia de certeza alta indica que las mujeres que reciben intervenciones sobre el régimen alimenticio, el ejercicio o ambas como parte de la atención prenatal con el fin de prevenir un aumento excesivo de peso durante el embarazo presentaban menor probabilidad de sufrir un aumento excesivo de peso. Sin embargo, una evidencia de certeza moderada indica que probablemente las intervenciones nutricionales de ejercicio o ambas previenen la hipertensión en el embarazo. (OMS, 2018, p 14-16).

El rol que cumple el nutricionista/o y el impacto que genera en la embarazada dentro del control prenatal se ve reflejado en las respuestas al momento que identifican tener un manejo de la información con respecto a la alimentación donde lo atribuyen ya que concurrieron a la consulta con dicho técnico, a diferencia de las que no.

Otro aspecto que surge claramente durante las entrevistas es la falta de la consulta con odontología como parte del control integral del embarazo. Únicamente en un caso es mencionado colateralmente al plantear la demora que tuvo para la consulta con nutricionista.

“No sé bien porque se dio que no me dieron fecha, pero yo sé que pedí ... no yo había llevado un papelito para pedir de nuevo consulta, para pedir con la dentista...creo que había sido...y con la nutricionista. Me habían dado para el dentista de nuevo consulta, pero no para el nutricionista. Entonces creo que me había dicho que eso me iban a llamar cuando tuvieran fecha, y estuve como uno o dos tres meses esperando y no me llamaron”. (Celeste)

Aún frente a la reconocida importancia dentro de los controles prenatales del control odontológico, no se menciona dicha consulta durante las entrevistas, esto evidencia que no lo identifican como prioridad y que forme parte de su control prenatal.

La cavidad bucal no es la excepción cuando referimos a las modificaciones que la mujer sufrirá durante el embarazo. Los cambios hormonales, así como la alteración orgánica general será responsable de ello. Es por este motivo que resulta fundamental la realización de controles odontológicos tanto previos como concomitantes a la gestación.

Si bien se debería hacer una odontología preventiva previo a la gestación la embarazada debe de contar con control odontólogo ya que se pueden tener consecuencias para la salud de la mujer y el futuro hijo, dado al no tratamiento de los problemas dentales. (Alfaro et al 2018).

Que las usuarias no identifiquen al control odontológico como parte del abordaje integral de la atención prenatal con la importancia mencionada en el párrafo anterior nos evidencia: que no se da cumplimiento a las recomendaciones sobre el control y seguimiento odontológico (2018) del MSP, que el sistema no lo logra incorporar como derecho ni las mujeres los reclaman como tal.

Con respecto a la consulta con asistente social no se evidencia la intervención en ninguna de ellas como incluidas en el abordaje de su control de embarazo pese a la necesidad expresada en algunos de los casos.

“Todavía no, no me he guiado mucho por eso ...a lo que estoy sin trabajo, por el tema de la prenatal y todas esas cosas recién ahora me estoy como proyectando en este tema, porque no tengo no tengo mucha noción”. (Violeta claro)

“Si, he no, cuando yo me entere que estaba embarazada ya estaba trabajando, estaba trabajando en el plan ABC en los barrios de la calle, ta lo que hicieron ellos fue en vez de dejarme haciendo la misma tarea.... y ta y ahí mismo había una Asistente social y me dijo que si quería tramitar la prenatal y todas esas cosas y ella me dijo”. (Azul)

Si se toma en cuenta el rol que cumple este profesional en este proceso, es el que aborda los factores sociales que rodean el proceso de embarazo articulando las prestaciones y recursos en los que las familias pueden apoyarse para afrontar la nueva etapa de su ciclo vital. (Rodríguez A. M. 2018)

Se hace fundamental en este aspecto contar con la intervención oportuna de este profesional durante el proceso que transita la embarazada y de esta forma detectar indicadores de riesgo e iniciar el abordaje oportuno para generar las menores repercusiones posibles para ella y su futuro hijo.

Tomando otra línea de abordaje dentro de lo que es la modalidad de atención, se analiza lo que se genera en el encuentro de la embarazada con el técnico, en el marco de la

consulta. De las entrevistas se identifican espacios confortables, donde la usuaria manifiesta sentirse cómodas dentro de la consulta, donde en algunos casos es el común denominador para continuar con la atención con dicho profesional más allá que no fue algo que eligió, sino que fue al inicio un técnico que fue asignado.

“Y... la partera... porque me siento cómoda cuando vengo a los controles y eso...”

(Verde)

y... porque me gustó la atención que tuvo en el momento, en el primer momento que vine a control”. (Verde)

“Lo que pasa...buen trato tiene y explica bien y todas esas cosas y ta...Me sentí cómoda. (Verde Oliva)

“Ya me había atendido yo con ella o sea por ginecología común y bueno me gustó la atención y por eso decidí atenderme con ella. (Azul claro)

Como lo plantean las recomendaciones del MSP (2018) la consulta es una oportunidad para expresar la necesidad de ser escuchada. Una escucha que valide sus emociones, que no emita juicios y favorezca el encuentro con otros que le aseguren una red de apoyo para que pueda vincularse de manera sana con su bebé.

Si bien se logra identificar que en la consulta se logra ese espacio recomendado y favorecedor para la embarazada, también se identificó como se mencionó cuando se analizan los aspectos que generaban frustraciones. Por ejemplo, en el marco de la

realización de la ecografía obstétrica, en una de las oportunidades se ve afectado ese espacio de escucha y empatía que se debe generar en los encuentros con los profesionales.

El punto a destacar en este caso fue el trato del profesional el cual refiere no ser respetuosos, y además no se contemplaron los derechos de la embarazada.

“Me pasó en la ecografía que no me trataron bien me fui con ganas de llorar por supuesto le dije lo que tenía que decir no le grite no le levante la voz, pero le dije que es un momento lindo y me dieron ganas de irme, se lo dije ...”. (Blanco)

“Estaba apurada, me dijo el sexo del bebé de una, ¡hay el hombre se mueve horrible! y si yo no quería saber ?, ¿no fue capaz de preguntarme quieres saber el sexo del bebe?,... no me gusto.” (Blanco)

La ecografía puede ser un momento de emociones bastante intensas para la mujer embarazada, pero el vínculo que se tiene que dar en las consultas debe ser respetuoso, amable y respetando los derechos de las usuarias. Lo cual no se refleja en las repuestas.

Abreu, M. (2015) menciona que las “habilidades interpersonales son tan importantes como las habilidades clínicas y que, en muchas situaciones, las actitudes negativas y discriminatorias hacia las pacientes son una de las principales barreras para la atención y el seguimiento del embarazo”. (Abreu, M. 2015)

Este tipo de situaciones tiene una connotación en el abordaje ya que cada instancia es única y deja un impacto significativo en la embarazada.

En este caso si bien se identifica en una sola instancia nos muestra que todos los técnicos que tiene contacto con la mujer embarazada juegan un papel y un rol muy importante, partiendo del vínculo que se genere en la consulta.

Todos los integrantes del equipo que forma parte del control prenatal ecografistas incluidos, son técnicos que deberían estar incluidos en las capacitaciones continuas y un trabajo coordinado con el resto de los técnicos que participan del control prenatal.

Pero pese a esa situación en particular, en el resto de las consultas se evidencia efectivamente ese espacio como oportunidad para expresar necesidades generando un vínculo de confianza donde se evacuan las dudas y genera tranquilidad.

“A la ginecóloga y ya me las saco, como te digo cuando vengo los controles también ya es como que vengo y ya saco todas las dudas ya me voy más tranquila”.
(Verde Oliva)

“Y con los controles me siento bien la verdad todo bien claro no tengo ninguna duda y si tengo pregunta y me contestan lo más bien digo, me contestan bien me tratan bien, entiendo lo que me dicen”. (Blanca)

“Mucho más tranquila es otra tranquilidad saber que estás controlada que estás bajo supervisión médica, no ahí flotando en esos meses de.... pero ta ahora estoy mucho más tranquila... ”. (Negro)

Además de evacuar las dudas presentadas durante la oportunidad del encuentro con el técnico, se manifiesta en las entrevistas la importancia de su entorno familiar, cercano, comunitario y redes sociales.

La vinculación con la figura materna/paterna o figuras de su entorno que hayan vivido este proceso y la experiencia respecto a la maternidad también son considerados referentes para evacuar dudas.

“A mi padre, a mi hermana, o... a alguien que sepa que ya estuvo embarazada y que me puede decir algo”. (Celeste)

“A mi madre le preguntó por qué está ahí en mi casa siempre, o a mi sobrina porque mi sobrina tuvo un bebe hace 3 años mi ahijado entonces ta, creo que ella está más emocionada que yo así que “risas” ta”. (Verde claro)

“A mi madre por más que ella este allá yo hablo con ella si siempre...”. (Blanco Tiza)

La familia como organización social es la unidad más accesible para las medidas preventivas y terapéuticas para crear un entorno social favorable. Es un todo para construir proyectos significativos. En el que cada uno construye significados a partir de las relaciones interpersonales y valores familiares a lo largo de la vida. (Martins. M 2018).

En base a lo que constituyen y significan las familias, estas y su entorno juegan un papel importante en la información que maneja la embarazada. Donde esto puede tener un impacto favorable o no dependiendo del grado de conocimientos con respecto al proceso fisiológico y el tipo de información que se maneja.

Como se identifica en las respuestas la figura materna y los vínculos que se generan en el entorno donde vive la embarazada tienen un peso importante para ellas ya que lo identifican como referentes para evacuar sus dudas en muchos casos.

Otras de las líneas dentro de la modalidad de atención y los componentes del control como lo plantean las recomendaciones (2018) del MSP es promover interconsultas oportunas de no contar con herramientas que respondan las distintas necesidades planteadas. En estos casos, resulta indispensable disponer de un registro eficiente y una buena comunicación entre los integrantes del equipo de salud.

El responsable del control obstétrico debe realizar un abordaje integral, considerando e integrando todas las miradas evitando compartimentar la asistencia.

Las citas y asignación de horas para el control obstétrico se deben considerar una prioridad asistencial. Teniendo en cuenta el cambio de modelo desde una perspectiva de derecho los servicios apuntan a mejorar la calidad de atención y estos se deberán reflejar en las vivencias de las embarazadas en el transcurso de los controles prenatales.

Las indicaciones de interconsultas con especialistas que determine el profesional tratante y que requiera la embarazada deben tener prioridad al igual que las consultas que respectan al control estipulada para la embarazada.

Se encontró en los relatos la necesidad de interconsultas que no estaban contemplados en los controles estipulados, pero si una necesidad de especialista específico dada la situación de la usuaria y la altura del embarazo en la cual se encuentra (32 semanas).

“... me dicen que me controle, tengo que sacar fecha y eso. Con el endocrinólogo. Tengo la... hiper de la tiroides ... estoy en lista de espera. Siempre me dicen que ta....sigo en lista de espera”. Verde 2 (32 semanas de gestación)

También se identifican algunas dificultades en la accesibilidad en tiempo y forma de las consultas que sí se encuentran contempladas en la pauta de atención como lo son las entrevistas con profesionales de la nutrición y odontología.

*“Lo que se me dificultó fue la fecha para el dentista, no encontraba fecha para el dentista. Entonces tuve que venir el viernes pasado a un control general que hacen los dentistas justo en este consultorio como para que me atiendan”.
(Violeta)*

“... me habían dado para el dentista de nuevo consulta, pero no para el nutricionista,.... entonces creo que me había dicho que eso me iban a llamar cuando tuvieran fecha, y estuve como uno o dos tres meses esperando y no me llamaron”. (Celeste)

Según las respuestas de las embarazadas se evidencia que no se logra cumplir con las recomendaciones del MSP (2018) donde se plantea que se debe facilitar las interconsultas con coordinaciones eficientes y efectivas siendo una prioridad en esta población, dadas las consecuencias que esto puede traer para la salud de la madre y el futuro hijo.

Categoría: Componentes del servicio

En este punto podemos identificar dos aspectos diferenciados en cuanto a la atención brindada uno con respecto a acciones que favorecieron a la atención y otros que no.

Ahora bien, pese a encontrar algunas dificultades, dentro de los que favorecen se identifica la priorización de las diferentes consultas por parte de los equipos que atienden a las gestantes más que nada relacionado a los controles que le dan continuidad a la atención del embarazo.

“Si, si la otra vuelta me fui porque yo no pude venir, entonces cuando después vine ella me dice ta mira me dice “te hago acá un espacio “y ella me busco solución así que ta”. (Rojo oscuro)

“Sí, ahora que se fue la partera de licencia y ... me dieron enseguida fecha con la ginecóloga enseguida. (Verde 2)

“No ninguna la verdad, o no se han dado cuenta que me han dado para muy lejos y yo estoy en fecha de parto lo he dicho lo he planteado y me han dado para días o sea”. (Blanca)

“Si, heee... cuando me había mandado la ecografía la estructural que estaba más o menos en fecha, de que me tenía que hacer, me dijo que si no me daban fecha para la partera que viniera que ella me atendía igual, o sea que viniera a consultar a la puerta y me atendía igual”. (Verde)

Como plantea Abreu (2015) la comprensión de dicha etapa y proceso vivido por parte de los integrantes de los servicios de salud es una clave en la llegada a dicha embarazada. Dónde no solo tiene importancia el equipo asistencial sino el equipo de los servicios en su totalidad. Ya que para la mujer embarazada una vez que ingresa al servicio de salud todo lo vivido determinará en la experiencia que identifique como control prenatal. Las acciones de seguimiento por parte del equipo, aspecto muy importante que nos proporciona una continuidad en la atención de la embarazada permitiendo además identificar aspectos que pueden condicionar el correcto transcurso de este proceso fisiológico. Se ven reflejadas en las siguientes respuestas

“...a mí me llaman y me preguntan me dan fecha me dicen si estoy bien, pero no se..... Cómo va el embarazo, si estoy bien, o me dan fecha”. (Verde 2)

“...tranquilidad en ese tema tranquilidad porque, es más, la doctora cuando te va a agendar para el próximo mes te dice “te queda bien el viernes a tal hora” y ella se anota...” (Rojo claro)

Dentro de las acciones que favorecen la continuidad y resolutiveidad de las necesidades que presentan las embarazadas, se visualiza a enfermería con un rol de nexo de los diferentes sectores, y como integrante del equipo que brinda respuesta oportuna a las necesidades planteadas. Ocupa un lugar estratégico facilitando la continuidad en la atención. La OMS menciona que, en la mayoría de los países, el personal de enfermería tiene un papel importante en asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso a la atención prenatal básica, así como a la referencia de una atención más integral y especializada cuando sea necesario.

“...hoy por ejemplo me pasó necesitaba levantar el resultado de la curva y como atención no sabía que cerraba la una yo llegué a 1:30 por el control me dijeron que no me lo iban a dar. Pero la enfermera que me controla me ayudó y me lo dieron igual”. (Violeta)

“Risas” “...el día que tenía fecha había paro “oh casualidad” y al otro día pedí fecha de nuevo y me querían mandar para el veintipico de julio, y dije: ¿no puedo que hago? y ta ahí hable con la enfermera, la enfermera se movió por toda la policlínica para conseguirme que ese día me atiendan y ta surgió ahí ”. (Negro)

“...yo fui arriba y no había fecha y me digieron andá a hablar con la Licenciada, ellas estaban arreglando y ta ahí fui y me arreglaron el problema y ta”. (Verde Oliva)

Si bien esta investigación no busca analizar al servicio en particular, sino los efectos de sus características sobre las vivencias, aun así se pudo observar que la dificultad es multifactorial. Se puede visualizar en las respuestas que algunas de ellas presentan dificultades en las soluciones de sus necesidades. Identificando dificultades que hacen que los controles no tengan un patrón lineal con respecto al abordaje de las necesidades. Ya que en algunas se resuelve la necesidad con facilidad y en otras no.

“...tuve que llamar, pedir fecha y me dieron para dos meses y medio de demora”. (Negro)

“No sé bien porque se dio que no me dieron fecha, pero yo sé que pedí ... Me habían dado para el dentista de nuevo consulta, pero no para el nutricionista. Entonces creo que me había dicho que eso me iban a llamar cuando tuvieran fecha, y estuve como uno o dos tres meses esperando y no me llamaron”. (Celeste)

“Lo que se me dificultó fue la fecha para el dentista, no encontraba fecha para el dentista. Entonces tuve que venir el viernes pasado a un control general que hacen los dentistas justo en este consultorio como para que me atiendan”. (Violeta)

Dentro de los servicios e integrantes que conforman los equipos que atienden y toman contacto con la embarazada de las entrevistas surgen relatos que evidencian las dificultades en la atención en diferentes aspectos. No solo dentro del marco de una consulta o servicio específico sino en todo el proceso de atención desde que ingresa al servicio.

“Bien igual a veces te tratan mal acá las de allá afuera las que están allá paradas en la entrada, te tratan mal a veces no entienden que vos estas igual que ellos me entiendes. Ellos se piensan que mandan y todo, pero hablan muy mal a veces. La doctora y eso no pero allá afuera sí”. (Verde claro)

“Si dentro de todo estuve cómoda, pero me pasó que la ecografía me mandó 2 veces en la misma semana, y ta fui a las 2 pero ta, en realidad me tendrían que haber mandado solo 1, cómo que no se, se traspapelo, pero después bien”. (Azul)

Teniendo en cuenta la importancia de una captación precoz, se indaga sobre aspectos que hayan dificultado ese acceso a los servicios de salud donde se identifica en un relato la experiencia en cuanto a la dificultad que se generaron respecto al iniciar los controles prenatales al ingresar al prestador

“... o sea yo no sabía que estaba de tantas semanas, fui y me hice la ecografía y estaba de 19 semanas y ta, porque yo me entere en enero que estaba embarazada, entre que hice los tramites de ASSE la afiliación el papel la la la la.....que no, “necesito la cédula física de la persona con la que vivís”....pero el hombre anda todo el día en al calle necesita la cédula, yo no le puedo sacar la cédula todo el día y esas cositas que fueron truncando, “hay pero en los últimos recibos de sueldo, no me sirven los de mas tarde es como que bueno ta...” (Negro)

Como se mencionó anteriormente en cuanto a las dificultades que atribuyen a aspectos personales se identificaron las económicas como condicionante para asistir a las consultas o estudios programados.

...tuve un estudio que no puede venir porque no tenía mucho dinero hee que fue el que te hacen para ver si tienes diabetes o algo que es muy importante, pero yo no pudo venir porque no tenía porque a veces entre el boleto y todo de acá a allá es bastante y a veces tenes y a veces bueno a veces no, entonces ta me pasó que como no tenía no puede venir a este estudio, pero después yo le expliqué a la doctora. (Verde claro)

Pero esta situación se ve reflejada en la elección de la usuaria en concurrir a un centro asistencial por elección y no por cercanía.

Si, pero prefiero venir hasta acá que quedarme allá, atendiéndome allá porque no sé, será que yo no me gusta mucho... (Verde claro)

Teniendo en cuenta que la valoración de las usuarias tiene que ser con la participación de todos los integrantes del equipo. Cuando se indaga sobre aspectos que pueden dificultar la continuidad o concurrencia a los controles prenatales surgen aspectos a considerar en cuanto a relaciones y vínculos familiares que no son manifestados en la consulta pero que si se identifican por parte de la usuaria como situaciones que manifiestan cambios movilizadores dentro de este proceso.

“No es que a veces o sea los conflictos de los demás al estar en ese entorno ta como que no estás ahí, pero estas y ves las cosas que pasan y ta. Como que no son míos no, pero ta...”. (Blanco tiza)

En las repuestas encontradas surgen necesidad y/o situaciones planteadas por las usuarias identificadas como factores que pueden dificultar la continuidad en sus controles, pero no son expresadas en dichas consultas. El abordaje con una mirada en profundidad respecto a los aspectos psicológicos que pueden estar afectando al proceso que están transitando ya sea producto del propio embarazo o situaciones que se dan en el entorno siempre se deberían tener en cuenta durante los controles prenatales por parte de los profesionales. Así como también la incorporación de la figura del psicólogo como parte del equipo de abordaje como lo plantean las recomendaciones (2018) del MSP.

Cuando se indaga en qué medida esto afecta en la continuidad en los controles se hace referencia en lo que generan estos conflictos en la usuaria.

“No no no, lo que pasa a veces también me por eso mismo como que me bajoneo y vengo como que mal y se nota también y mi humor también cambian en eso”.
(Blanco tiza)

Cabe destacar que la embarazada trae consigo situaciones de su entorno y su vida diaria que influyen en alguna medida en las vivencias de la atención prenatal recibida.

Los determinantes sociales como define la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son “Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS 2008).

Si analizamos las condiciones de vida, las familias la comunidad, el acceso a los servicios de salud estos van a determinar e influir en la embarazada y tienen un impacto en como se de y lleve adelante el proceso de embarazo.

5.3. Dimensión Salud como Derecho

Categoría: Derechos SS y RR

Continuaremos en este punto con la línea de análisis en lo referente al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres.

Los DS y DR son derechos humanos reconocidos internacionalmente y que, en los últimos años, Uruguay ha realizado grandes avances en el reconocimiento legal y

normativo de los mismos, así como en la consolidación del estado como su garante.
(Aguirre R. 2018).

La promoción de un modelo de atención basado en buenas prácticas de atención y facilitando el ejercicio de los derechos de las usuarias gestantes se ve reflejado en las repuestas brindadas donde se logra identificar que las usuarias pese a la no elección de un técnico en primera instancia lo logran identificar como referente y eligen continuar la atención con el mismo.

“No... nada me dijeron, cuando saqué fecha vine y estaba esta doctora, y buena ta. ...Si, no me molestó cómo me trató la mujer me pareció bien siempre, me parece bien va siempre”. (Verde claro)

“No, me dijeron tenes tal día tal hora con la Dra.... en RAP por teléfono cuando pedí fecha por primera vez, cuando la vi a la Dra. me dijo “te vuelvo a fecha conmigo o quieres elegir a otra ginecóloga? “Y no me quede con ella”. (Violeta)

A si L..., porque es bastante directa como que no tiene pelos en la lengua me gusta eso...no son las que te tocan. En realidad, cuando venís acá a sacar fecha muchas opciones no tenes creo, que acá solamente hay 2 y más en el turno de la tarde que es en el horario que yo podría asistir y me sentí bastante cómoda con la que me tocó y me quedé con ella nomas”. (Rojo claro)

“Sí, sí y da la casualidad de que la partera que me entiende a mí también he.... también fue de mi prima y me dijo que era muy buena y eso y ta y me empecé a atender con ella”. (Violeta Claro)

Si bien se identifica conformidad en las embarazadas ante la atención recibida pese a la asignación del profesional por parte de los servicios, las respuestas no nos brindan insumos para identificar si ante una necesidad de cambio de profesional solicitado por la embarazada se hace efectivo. Esto nos da la pauta que existen aspectos que necesitan ser indagados con mayor profundidad.

Cuando los servicios apuntan a mejorar la calidad de atención se ve reflejada en las vivencias de las embarazadas en el transcurso de los controles prenatales.

“Sí siempre están las mismas muchachas ahí siempre y me tratan bien y todo siempre bien”. (Verde claro)

“Y después no sí siguió sea desde la primera vez, ellas me dieron o sea siempre que me elegían fecha era con ella”. (Blanco Tiza)

“Sí o sea primero como te digo me gustó la actitud de ella y después ella me dijo te venís en 2 semanas no tenes que sacar fecha no nada a partir de ahora de controlas conmigo me encanto perfecto”. (Negro)

Como lo plantean las Guías de SS y R (2014) MSP la función de los equipos será brindar una adecuada preparación e información a la mujer y su familia. Estas instancias

participativas deberán estar centradas y adaptarse a cada mujer, pareja y familia, habilitando la expresión de necesidades, dudas, experiencias y temores. La mujer gestante, decidirá cuándo iniciará su preparación para la maternidad, y será el personal de salud el encargado de informarle sobre su derecho y posibilidad de participar de dichos espacios educativos, así como de cuáles son los beneficios de los mismos. Es fundamental que la orientación y acompañamiento se realice en el ámbito de las consultas de control del embarazo y en clases de preparación para la Maternidad y Paternidad.

Con respecto a esto se encontró un claro desconocimiento en lo que respecta a los derechos SS y SR de las gestantes donde se pudo identificar con claridad que la única embarazada que plantea estar en conocimiento de los mismos es la que participa de las clases de preparación para el parto.

“No sé si lo que yo estoy pensando es lo mismo, pero en el parto desde que yo tengo puedo preguntar todo lo que sea lo que se me va a administrar que las personas que estén se presenten he...el acompañamiento que yo este acompañada creo que eso”. (Rojo claro)

Cuando se indaga a la usuaria como llega a la información con respecto a sus derechos ella entre “risas” expresa

“...porque me anoté a clases de parto, y más o menos ellas reiteradas veces dicen lo mismo que nosotras tenemos derecho a preguntar qué es lo que nos van a administrar, que estemos acompañados, que las personas que nos atiendan si no nos gusta que pidamos otra persona, que no nos dejemos tocar por todo el mundo,

que sean pocas las personas, que se higienicen las manos y cosas así”. (Rojo claro)

“Sí. pero por Zoom”. (Rojo claro)

“... yo al ser primeriza me surgieron muchas dudas y quería saber, no sé la respiración, como hacer que hacer los nervios cómo controlar los nervios cómo iba a ser y consulte acá, y ..por suerte tienen pegados los papeles por todos lados y, y me pude inscribir”. (Rojo claro)

De los antecedentes sobre la temática se destaca la investigación realizada en España 2022 sobre “Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad”. Se encuentra la necesidad de reformular espacios ya existentes como las clases de preparación al parto donde se identificó que los participantes no se sienten preparados para enfrentar el cambio y el impacto psicológico que supone la maternidad. La OMS recomienda la preparación para el nacimiento por sus efectos beneficiosos maternos y perinatales.

En nuestro país el MSP ha establecido a las actividades de preparación para el nacimiento como una meta asistencial 2017-2019 para los prestadores del SNIS y establecido una guía para la implementación de estas actividades.

El manejo de la información y el empoderamiento de la mujer embarazada respecto a los derechos que se reflejó en las respuestas de las entrevistadas nos da la pauta que estos espacios contribuyen y acompañan a todo el trabajo realizado por el equipo durante los controles prenatales.

Capítulo 6. Conclusiones

La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que debe formar parte de las políticas públicas como estrategia y cuyo objetivo es optimizar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna y perinatal.

Un adecuado control de la mujer embarazada contribuye a la detección oportuna de factores de riesgo evitando complicaciones. La cantidad y calidad de los controles prenatales son un tema que impacta directamente con la condición y evolución que tenga esa madre e hijo al momento del nacer.

El PNA y el equipo multidisciplinario dedicado a la mujer embarazada son un escenario fundamental para el logro de estos objetivos, donde se llevan a cabo importantes funciones y primordialmente el acompañamiento a la mujer en este proceso.

El presente estudio tuvo como objetivo principal conocer las vivencias de las mujeres embarazadas cursando su primera gestación vinculadas a la atención prenatal recibida.

Los resultados del análisis sobre las vivencias de las mujeres que participaron de este estudio demuestran que las características de la atención recibida siguen en su mayoría, los lineamientos planteados por el MSP para un adecuado abordaje, seguimiento y cuidado de su embarazo y el de su futuro hijo. En las experiencias vividas por la mayoría de las usuarias embarazadas, valoraron al equipo como comprometido, brindando respuestas a sus necesidades, espacios de escucha dentro de la consulta y un seguimiento que les generó tranquilidad.

Por otra parte, existieron usuarias en las cuales no se logró un completo abordaje con la totalidad del equipo multidisciplinario como lo planteado en las pautas. En este contexto se destaca:

Las embarazadas que recibieron abordaje por nutricionista denotaban mayor conocimiento sobre la importancia de nutrición durante la gestación a diferencia de las no tuvieron contacto. Ninguna de las participantes del estudio manifestó haber tenido contacto/abordaje con Asistente Social pese a las necesidades expresadas por las embarazadas. La mayoría de las participantes no identificaron al odontólogo como parte del equipo multidisciplinario que engloba su atención.

Con respecto a la logística de funcionamiento: En el estudio, se identifica una acorde priorización cuando se otorga fecha de consulta para control de embarazo con un trabajo coordinado de los diferentes integrantes del equipo logrando que la embarazada pueda realizar en tiempo y forma su control prenatal. No obstante, se identificaron en algunos casos, que no hubo priorización para acceder a consulta por otras especialidades (según los requerimientos de las embarazos) fuera del equipo de control.

Si bien los equipos de los diferentes servicios de acuerdo con los testimonios dan respuestas a las necesidades de las mujeres embarazadas, no queda claro en qué grado lo son. Sin embargo, se destaca por las mujeres entrevistadas, hay algunas contradicciones o se percibe que no existe unificación en las acciones realizadas.

Se identifica en este aspecto un rol predominante y resolutivo por parte de enfermería dando respuesta a la embarazada en el momento que lo solicita y siendo nexo con el resto del servicio en varias oportunidades. Así como también acciones realizadas por el propio referente del control intra consulta como lo es la partera y/o ginecólogo/a.

Lo que no se logra identificar es el rol del Licenciado/a de Enfermería dentro de estos equipos el cual debería tener por su formación y función un lugar clave en las tareas que se desarrollan con esta población.

Según las vivencias de las participantes, en algunos casos, cuando asistían a los controles, los tiempos en la sala de espera previa a su atención fueron identificados como un aspecto que generó discomfort.

Relacionamiento con el equipo de atención: Cuando se analizan las vivencias según el vínculo generado con el equipo, se encontró que las mujeres embarazadas se sienten contenidas, cuidadas y con sensación de tranquilidad cuando logran tomar contacto con los equipos que realizan el control de su embarazo.

El rol que cumplen los equipos y los funcionarios de los servicios en su totalidad es clave en este proceso. Se debe lograr que los equipos comprendan la importancia de esta etapa, la vulnerabilidad en la cual se encuentra transitando la mujer embarazada, y como las acciones de cada uno de ellos impactan en una mayor o menor medida en el proceso de atención y los objetivos de estos.

Dentro de las recomendaciones (2018) del MSP se señala la importancia de la empatía y las características de los profesionales que deben brindar para llegar a generar espacio de escucha y de comodidad para las embarazadas y sus familias. Los vínculos identificados que se generan en las instancias de control fueron favorecedores para este proceso, generando espacios de confianza, escucha y contención. Puntualmente existió una sola instancia donde estos aspectos no fueron contemplados. Esto generó discomfort y sensación de vulnerabilidad de sus derechos.

El contacto y la participación con los equipos de preparación para el parto fueron fundamentales en la información y posterior reconocimiento de los derechos de las embarazadas, teniendo en cuenta que al momento de la consulta la embarazada tiene la atención centrada en la evolución y control de su bebé. Se identifica necesario que existan instancias específicas donde se pueda tener total atención a otros aspectos como lo son la preparación de la llegada de un nuevo ser, acompañado de la información necesaria y reafirmación de sus derechos como madre y mujer. El correcto manejo de la información y el empoderamiento de la mujer embarazada se refleja cuando cuenta con una instancia específica con un equipo que se centran en estos aspectos.

Conocer las vivencias de las mujeres embarazadas primigestas nos permite identificar lo que representa la consulta prenatal para ellas y el vínculo generado con los servicios. Si bien las usuarias reciben un abordaje integral y se sienten contenidas escuchadas y encuentran en los equipos un lugar que les genera tranquilidad, se dan situaciones que nos demuestra que se debe seguir trabajando con los equipos en los aspectos que dificultan o condicionan el adecuado abordaje.

Para superar esas dificultades es de vital importancia considerar a todos los técnicos que participan en esta atención como un todo con un objetivo claro en común sin compartimentar la atención y trabajar aspectos como lo son el impacto que tiene las acciones y el vínculo generado con la embarazada ya sea en el marco de la consulta y/o estudios.

Las experiencias que cada una vive están influenciadas por cómo se da dicho proceso, pero no debemos olvidar el cuerpo de conocimiento que presenta la embarazada adquirido previamente. Es en este punto donde se hace relevante la importancia que tiene la familia

y el entono de la embarazada. Incluirlas en la dinámica de control como apoyo y contención en este proceso favorecería en todo el trabajo que realizan los equipos para lograr mejores resultados.

Otro aspecto para destacar de las vivencias es la inequidad en el acceso ya que no todas acceden a satisfacer las necesidades que presentan y con la prioridad que requieren.

Si pensamos en el camino recorrido en todos estos años en cuanto al cambio de modelo de atención, que se viene dando desde una perspectiva de derechos con enfoque de género y el impacto que tiene en la mujer embarazada la modalidad de atención brindada, pararnos desde el sentir de la mujer nos da como profesionales información desde un lugar que no estuvo abordado hasta el momento, donde las experiencias vividas nos proporcionan insumos desde otra perspectiva. Permite identificar las causas de las necesidades de las embarazadas, como protagonistas, brindando herramientas para continuar trabajando y mejorar aspectos que influyen en su adecuado control y seguimiento.

Todas las acciones destinadas a las mujeres embarazadas contribuyen en la salud y bienestar no solo de ellas sino de ese nuevo ser, donde el enfoque de la atención debe ser un continuo que comienza desde la gestación y trasciende hasta el crecimiento y desarrollo de ese niño. Estas acciones tendrán impactos y marcan aspectos relevantes al momento de considerar el nivel de desarrollo de una sociedad y en este caso de nuestro país.

La investigación cualitativa en esta área realiza aportes importantes desde un punto de vista diferente donde nos permite conocer e interpretar ciertos aspectos que hasta el

momento no se han indagado. Esta metodología nos proporciona una interpretación mas profunda de la realidad.

Las limitaciones que presentan estas investigaciones es que no se pueden generalizar los resultados ya que representan vivencias de un grupo acotado de embarazadas de determinados servicios, pero eso no impide que sus resultados tengan un valor significativo brindando insumos que aportan a la evaluación y mejora de los procesos situados en los servicios.

Como recomendaciones se identifica la implementación de referentes que tengan dentro de sus funciones evaluar las acciones realizadas dentro de cada servicio.

El desarrollo de un plan de evaluación continua que incluya la voz de la mujer, como estrategia para identificar las necesidades reales. Esto nos permite conocer la realidad permitiendo un proceso de mejora para la mujer su hijo, la familia y la sociedad.

Capacitaciones continuas y estrategias de trabajo en conjunto con todos los integrantes de los equipos que forman parte de atención prenatal, con el objetivo de mejora de los procesos asistenciales.

Elaboración de documento con información necesaria de los aspectos relevantes de la atención que debe recibir, sus derechos y deberes como usuaria, otorgado durante el primer contacto con el servicio.

Además, como se mencionó anteriormente la participación de los espacios de preparación para el parto como requisito fundamental dentro del proceso.

Asignar e identificar un licenciado/a de enfermería responsable del área, que realice seguimiento de las tareas que se llevan a cabo por parte de enfermería y tareas de seguimiento que requiere el trabajar con gestantes, siendo un nexo clave con el resto de los integrantes del equipo y usuarias.

Capítulo 7. Referencias Bibliográficas

Abreu M; Bentancor A; Castro, S; Corres, P; Dallos, M; Dapuetto; J;... Viera M; (2015).

Manual de Habilidades Comunicacionales Uruguay. UDELAR comisión sectorial de enseñanza Uruguay.

Alfaro Alfaro, Ascensión, Castejón Navas, Isabel, Magán Sánchez, Rafael, & Alfaro

Alfaro, María Jesús. (2018). Embarazo y salud oral. *Revista Clínica de Medicina*

de Familia, 11(3), 144-153. Epub 01 de octubre de 2019. Recuperado en 30 de

enero de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es&tlng=es)

[695X2018000300144&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144&lng=es&tlng=es).

Barrenechea, C. Menoni, T. Lacava, E. Monge, A. Acosta, C. Crosa C,... Carrillo, R.

(2009). Actualizaciom en Salud Comunitaria. Herramientas Metodológicas para

el trabajo en Primer Nivel de Atención. Montevideo Facultad de Enfermería,

Universidad de la República.

Basso, J. (2019, 18 de febrero). Mortalidad infantil de Uruguay en su mínimo histórico.

Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/mortalidad-infantil-de-uruguay-en-su-m%C3%ADnimo-hist%C3%B3rico>.

Briozzo L., Tomasso G., Ponzo J., Sicca N., Viroga S., Nozar F., Pontet J.: Mortalidad

materna por COVID-19: la emergencia dentro de la emergencia sanitaria. Rev.

Latin. Perinat. (2021) 24:215

Briozzo, Leonel, Vidiella, Gonzalo, Vidarte, Beatriz, Ferreiro, Gustavo, Pons, José

Enrique, & Cuadro, José Carlos. (2002). El aborto provocado en condiciones de

riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay.: Situación actual

e iniciativas médicas de protección materna. R. Médica del Uruguay, 18(1), 4-13.

Recuperado en 01 de marzo de 2019, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100002&lng=es&tlng=es.

Cabella, W., De Rosa, M., Failache, E., Fitermann, P., Katzkowicz, N., Medina, M...

Mila, J. (2014) Salud, Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia en Uruguay. Primeros resultados de la ENDIS Grupos de Estudios de Familia.

Castañares, A. De los Santos, M. Fernández, B. López, A. (2014). Ley de acompañamiento durante el trabajo de parto y parto. (Trabajo Final de investigación de grado) Facultad de Enfermería. Montevideo.

Castillo Ávila, Irma Yolanda, Villarreal Villanueva, María Paula, Olivera Correa, Elizabeth, Pinzón Consuegra, Alba, Carrascal Soto, Heidy, Satisfacción De Usuaris Del Control Prenatal En Instituciones De Salud Públicas y Factores Asociados. Cartagena. Revista Hacia la Promoción de la Salud [en línea] 2014, 19 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 9 de marzo de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131703010> ISSN 0121-7577.

Carrillo-Mora Paul, García-Franco Alma, Soto-Lara María, Rodríguez-Vásquez Gonzalo, Pérez-Villalobos Johendi, Martínez-Torre Daniela, (2021) Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. (Vol. 64, n.1). 39-48. <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1>.

Correa, S., Petchesky, R., (1994): "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective" en *Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights*, Boston.

Defey, D (1994). *Mujer y Maternidad. Aportes a su abordaje desde la Psicología Médica*. Editorial Roca Viva.

De Castro, Maria Elizabete, Vasconcelos Moura, Maria Aparecida, Sales da Silva,

Lucilane Maria, Qualidade Da Assistência Pré-Natal: Uma Perspectiva Das Puérperas Egressas. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [en línea] 2010, 11 [Fecha de consulta: 9 de marzo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973008>> ISSN 1517-3852.

De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020.

De Souza Minayo, Maria Cecília. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6(3), 251-261. Recuperado en 04 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300002&lng=es&tlng=en.

Etges MR, Oliveira DLLC, Cordova FP. (2011). A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsector suplementar. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS); 32(1):15-22.

Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. (2011). Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizada en APS. 3a ed. Montevideo. CLAP/SMR.

Fonseca, M., Magalhães, J., Papich, H., Dias, R., & Schimidt, A. (2000). Ultrasonografia em obstetrícia: Explorando um novo mundo. In N. Caron (Ed.), A relação pais-bebê: Da observação à clínica (pp. 97-118). Porto Alegre, RS: Casa do Psicólogo.

- García Fieyra Laura (2019) Factores que inciden en la educación para la salud en el embarazo y el parto en los servicios públicos de salud de Montevideo 2017-2018. (Trabajo final de Maestría) Facultad de Enfermería Universidad de la República, Montevideo – Uruguay.
- Gorgoroso Mónica González Ortuya Pilar et al.(2017). Catálogo de buenas prácticas de atención en las maternidades de ASSE. Proyecto Promoción y reconocimiento de buenas prácticas de atención en las maternidades de la Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Hernández, R. Fernández, C. Batptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. DF: McGraw-Hill.
- Ley 18.426 - Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Diciembre de 2008 (Reglamentada en 2010 Decreto 293/010). Ley disponible en: <http://www.impo.com.uy/bancodatos/salud.htm#elç> Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ley 18426, 2008. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicada D.O. 10 dic/008 - N° 27630, República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Disponible en página de internet de: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley_No_18-426-DSSRR.pdf
- Ley N° 18.211, (2007). Sistema Nacional integrado de Salud. Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384. Ley disponible en: https://www.bps.gub.uy/.../ley18211_sistema_nacional_integrado_de_salud_cr_eacion...
- Loezar-Hernández Mariana, et al. Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad, Gaceta Sanitaria, Volume 36, Issue 5,

2022, Pages 425-432, ISSN 0213-9111,

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911122000024>)

López A, López P. (2016) Salud en Uruguay: tendencias y retos en clave de género.

Planificación _OPP. Dirección de Planificación. Presidencia. Disponible en:

https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/Genero_salud.pdf

Ministerio de Salud Pública Dirección General de Salud Uruguay 2018.

Recomendaciones sobre practica y actitudes en la asistencia del embarazo y Nacimiento institucional.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Guías de Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Ministerio de Salud Pública. (2005- 2019) Políticas públicas de la salud sexual y salud reproductiva. Universales, integrales, inclusivas y con equidad.

Ministerio de Salud Pública. (2008-2018). A 10 años de la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Avances y desafíos.

Montes, M.A. (2007). Las culturas del Nacimiento, Representaciones y Prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. (Tesis Doctorado en Antropología Social y Cultural). Universidad Rovira I Virgili. Tarragona

MSP Políticas públicas de la salud sexual y salud reproductiva. Universales, integrales, inclusivas y con equidad (2005- 2019)

Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.

Nassif, J. (2012). Obstetricia fundamentos y enfoque practico. Editorial Medica

Panamericana.

Olza I, Fernández P, (2020). Psicología del embarazo. Síntesis.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006, consultado en enero de 2020, en <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004, consultado en enero de 2022, en <http://www.who.int/whr/2004/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1

Palomar Vereá, Cristina. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(22), 35-67. Recuperado en 02 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&tlng=es.

Pichardo A. Gongora C. (2013 abril–junio) Abordaje Psicoanalítico del primer embarazo. *Acta Médica Grupo Ángeles. Vol. 11, No.2. (p.112-115).*

Prieto Rosas, Alex Moisés, Narciso Zarate, Victor, & Cuba Fuentes, María Sofía. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47. Recuperado en 27 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172013000100008&lng=es&tlng=es.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Rodríguez-González, A. M. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. doi: org/10.12960/TSH.2018.0013

Vasilachis de Gialdino (2006). Estrategias de Investigación Cualitativa. Gedisa.

Vesga Gualdrón LM, Ruiz de Cárdenas CH. Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2019;21(1). <https://www.doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.ptgc>

Verde, María Eugenia, Varela, Lucía, Episcopo, Cecilia, García, Ruben, Briozzo, Leonel, Impallomeni, Ivana, & Alonso, Justo. (2012). Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. *Revista Médica del Uruguay*, 28(2), 100-107. Recuperado en 23 de enero de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200003&lng=es&tlng=es.

Bibliografía

- Bandeira, C. García, C. Gonnet, C. Lasalvia, M. Rapela, S. (2014). Satisfacción de las adolescentes embarazadas asistidas en una institución de Primer Nivel de Atención, con respecto a la información brindada por el personal de enfermería, en el período comprendido entre 1 de abril de 2014 al 23 de mayo de 2014. (Trabajo Final de investigación de grado) Facultad de Enfermería. Montevideo.
- Borba, J. Guillen, M. Lopez, M. Vargas, L. (2002). Vivencias de las embarazadas de 14 a 17 años que cursan el segundo y tercer trimestre. Policlínica Gineco-Obstetrica Hospital Central de las Fuerzas Armadas. (Trabajo Final de investigación de grado) Facultad de Enfermería. Montevideo
- Bove, I. (2012). Encuesta de crecimiento, desarrollo y salud materna en Canelones. Montevideo UNICEF.
- Cardona-Arias JA. Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):183-1
- Castro Franco, Bibiana Edivey, Peñaranda Correa, Fernando, La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. Salud Colectiva [en línea] 2011, 7 (Septiembre- Diciembre): [Fecha de consulta: 9 de marzo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73122306004>> ISSN 1669-2381.
- García Jordá, Dailys, & Díaz Bernal, Zoe. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 330-336. Recuperado en 10 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662010000400007&lng

- Guarino L, Scremín F, Borrás S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychol. av. discip.* Bogotá, Colombia.
- Gomes, A. G. & Piccinini, C. A. (2007). Impressões e Sentimentos de Gestantes em Relação à Ultra-Sonografia Obstétrica no Contexto de Normalidade Fetal *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 179-187.
- Hernández-Betancur, Ana María, & Vásquez-Truissi, Martha Lucía. (2015). El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Universidad y Salud*, 17(1), 80-96. Retrieved March 09, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100008&lng=en&tlng=es.
- Hernández AM, Vásquez ML. (2015). El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Revista Univ. Salud.*;17(1):80-96.
- Izcara, S.P. (2014) Manual de Investigacion Cualitativa. Mexico D.F Fontamara
- Jaramillo Arias I, Inés Palomino A, Pasmíño de Osorio S, Pinzón B. F. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud de Popayán. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 30 de marzo de 2001 [citado 5 de noviembre de 2022];52(1):33-42. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/742>
- Maderuelo, José A., Haro, Ana M., Pérez, Fernando, Cercas, Luis J., Valentín, Ana B., & Morán, Eva. (2006). Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo: Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*,

20(1), 31-39. Recuperado en 09 de marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000100006&lng=es&tlng=es.

Martins, Maria de Fátima da Silva Vieira, Remoaldo, Paula Cristina, & Pulido-Fuentes, Montserrat. (2018). Percepción de familia entre mujeres embarazadas del norte de Portugal. *Horizonte sanitario*, 17(1), 31-38. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n1.1974>

Maroto Navarro, Gracia, Castaño López, Esther, García Calvente, María del Mar, Hidalgo Ruzzante, Natalia, & Mateo Rodríguez, Inmaculada. (2009). Paternidad y servicios de salud: Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 267-278. Recuperado en 09 de marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200010&lng=es&tlng=es.

Munares, O. (2005). Estudio sobre la calidad del control prenatal en un establecimiento de primer nivel de atención. Tesis de Maestría en salud Publica. Facultad de Medicina Humana, Universidad mayor de San Marcos. Lima Perú.

Munoz, L., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., & Bonatti, C. (2013). Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem comprensiva da fenomenología social. *Revista Latinoamericana De Enfermagem*, 21(4), 913-919. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400012>

MSP, (2019). Meta 1 Meta Niño niña y mujer abril 2017 – marzo 2019. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/meta-1-nino-nina-y-mujer>

MYSU (2014) “Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Asegurar y avanzar sobre lo logrado”. Informe 2010-2014 del Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva; MYSU, Montevideo.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

Organización Panamericana de la Salud (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Sexual y Salud Reproductiva, Informe Técnico. Periodo 2010-2014.

Osorno Navarro, M. (2013). Atención integral de la embarazada en la comunidad. Bogotá, D. C. Universidad Santo Tomás p. 123-140.

Priscila Paola Ronquillo Bustamante, Maribel Carolina Monar Goyes, Joselyn Andrea Canelos Moreno, Rubí Alisba Borja Torres. (2021). Importancia de la ecografía obstétrica para la valoración y seguimiento del desarrollo embrionario. *Revista científica Dominio de la Ciencia Vol. 7, Núm. 4, p. 970-981*.

Rivera, P. Carvajal, R. Mateus, JC. Arango, F. Valencia, JA. (2014). Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia promoc. salud*. 19(1):84-98.

Schwarcz, R. Fescina, R. Duverges, C. (2005). *Obstetricia* Editorial El Ateneo. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay. 2017. [Internet].

Disponible

en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Presentaci%C3%B3n_0.pdf.

Silva Laguardia, M. M. y Leiva Bahamondes, L. (2013). Abordaje sanitario del embarazo y la maternidad en la adolescencia. Perspectiva de los profesionales de la salud que trabajan en un centro de salud de la ciudad de Montevideo. Ciencias Psicológicas VII (1): 33 - 45.

Tumas, N., Godoy, A. C., Peresini, V., Peisino, M. E., Boldrini, G., Vaggione, G. y Acevedo, G. E. (2022). El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. Población y Salud en Mesoamérica, 19(2). Doi: 10.15517/psm.v0i19.47439

Valles, M (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis S. A. Vesga Gualdrón LM, Ruiz de Cárdenas CH. Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. Investig Enferm Imagen Desarr. 2019;21(1). <https://www.doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.ptgc>

Capítulo 8. Anexos

8.1 Anexo 1 Aval comité de Ética Facultad de Enfermería Universidad de la República.



UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA



Montevideo, 17 de diciembre de 2021.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Lucía Banchemo

El comité de Ética de la investigación ha recibido las enmiendas al protocolo “Vivencias de las mujeres embarazadas primigestas en la atención prenatal”.

El Comité de Ética de la Investigación aprueba el Protocolo para su instrumentación

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Agdo Araceli Otárola

Prof. Agdo. Claudia Morosi

Lic. José Luis Priore



UNIVERSIDAD DE LA
REPÚBLICA



Montevideo, 17 de diciembre de 2021.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Lucía Banchero

El comité de Ética de la investigación ha recibido las enmiendas al protocolo “Vivencias de las mujeres embarazadas primigestas en la atención prenatal”.

El Comité de Ética de la Investigación aprueba el Protocolo para su instrumentación

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Adjunto Araceli Otarola

Prof. Adj. Claudia Morosi

Lic. José Luis Priore

8.2 Anexo 2 Autorización del comité de ética de la RAP



Red de Atención Primaria Metropolitana

Comité Evaluador Investigaciones
lista.proyectos.rap@asse.com.uy
Tel. 2904 40 54 Int. 450 - 451.
Colonia 983 Piso 3

Montevideo, 18 de mayo de 2022

A: Centros de Salud RAP Metropolitana

Estimados directores de los centros

En cuanto al proyecto: "vivencias de las embarazadas primigestas en la atención prenatal", cuya investigadora responsable es la Lic. Lucia Banchemo, ha cumplido los requisitos establecidos para la solicitud de aval de realización del proyecto en la institución; comunicamos que el Comité Evaluador compuesto por la Dra. Adriana Méndez, Dra. Natalia Texeira, y la Dra. Celina Vega evalúa positivamente su realización por lo cual solicitamos permitir y facilitar la ejecución de dicha investigación.

Saludos cordiales

Por el Comité Evaluador:

Dra. Adriana Méndez Pizzo

8.3 Anexo 3 Información al participante

Estimada:

Quien suscribe, Licenciada en Enfermería Lucía Banchemo estudiante de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, invito a usted a participar en la investigación “Vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas, vinculada a la atención prenatal”. El objetivo de la investigación es Conocer las vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas, cursando el tercer trimestre de embarazo, vinculada a la atención prenatal en los Centro de Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE) en el periodo comprendido octubre- diciembre 2021.

La participación es totalmente voluntaria y anónima. Se realizará por medio de una entrevista que sera grabada y se tomaran apuntes durante el desarrollo de la misma.

Si en el transcurso de la entrevista usted siente que no desea continuar participando puede dejar de hacerlo sin ningún compromiso y la información brindada no será utilizada para ningún fin. Los datos recabados de las entrevistas serán utilizados de manera confidencial y solamente con fines académicos.

8.4 Anexo 4: Consentimiento informado

He recibido información respecto al estudio “Vivencias de las mujeres embarazadas adultas primigestas, vinculada a la atención prenatal en los Centros de Atención del Primer Nivel (RAP) Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud de Estado (ASSE). He podido realizar todas las consultas respecto a la investigación, se me ha informado que la información brindada será utilizada de forma confidencial y solamente con fines académicos. También estoy en conocimiento que puedo retirarme de la entrevista cuando lo desee.

Yo doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del participante.....

Aclaración de firma del participante.....

Cédula Identidad

Firma del investigador.....

Aclaración de firma del investigador.....

Cédula Identidad

8.5 Anexo: Consentimiento para contactar a usuarias

Yo..... recibí información por parte del equipo que realiza la atención de mi embarazo, respecto a un estudio de investigación que se lleva a cabo por Licenciada de Enfermería Lucia Banchero “Vivencias de las embarazadas adultas primigestas, vinculada a la atención prenatal en los Centros de Atención del Primer Nivel.

Esta entrevista está dirigida a conocer tu opinión, tus vivencias sobre la atención prenatal durante tu embarazo. Toda información será utilizada de forma confidencial y con fines académicos.

Estoy interesada en recibir información para decidir mi participación en el estudio, autorizo que se le brinde mi contacto telefónico.

Firma

Aclaración de firma

Cedula de Identidad.....

Teléfono

8.6 Anexo 6 Entrevista

“Vivencias de las mujeres embarazadas primigestas en la atención prenatal”.

Esta entrevista está dirigida a conocer tu opinión tus vivencias sobre la atención prenatal durante tu embarazo.

Fecha..... Entrevistador.....

Edad..... Teléfono.....

Estado civil.....

Con quien vive.....

Ocupación.....

Nivel de instrucción.....

Donde se controló el embarazo.....

Semanas de gestación.....

Fecha probable de parto.....

Las siguientes preguntas son para conocer como has transitado y vivido el proceso de embarazo.

- 1.¿En qué semanas comenzaste a controlarse el embarazo? ¿por qué?
2. ¿Cuál fue el motivo por el cual te estás controlando el embarazo en este lugar?
- 3.Identificas quienes son las personas que te realizan el control del embarazo? Dentro de esta persona/s, consideras alguna/s como referente/s en esta etapa?

4. ¿La o las personas identificadas que lleva el control de tu embarazo fueron elegidas por ti para realizarlo? ¿Por qué? ¿O Como fue la elección del técnico que te atiende?
5. ¿Como te sientes con el embarazo?
6. Cuéntame como te sentiste en el momento de los controles programados y los estudios que te mandaron realizar durante el embarazo?
7. Como te sentís luego de concurrir a los controles de embarazo.
8. ¿Identifica una o más personas que te acompaña durante el embarazo a nivel de tu entorno, familia comunidad?
9. ¿Si surgen dudas en cuanto al embarazo a quien se las preguntas?
10. Sabes qué actividades podés realizar durante el embarazo y cuáles no?
11. Con respecto a la alimentación sabes que alimentos podías consumir
12. Dime, podes identificar actualmente que estas finalizando un embarazo, ¿cuáles son tus derechos como embarazada y como mujer?
13. ¿Si tuvieras que identificar qué aspectos del control del embarazo te generaron satisfacción (alegría)? ¿Y frustración (tristeza)?
14. Identificas dificultades o situaciones que dificulten tus controles prenatales con relación al servicio? ¿Al equipo? o a tu situación personal?
15. ¿Si presentabas dificultades por ejemplo en la asistencia a controles u otras situaciones identificas acciones realizadas por el equipo de salud?

8.7 Apéndice 1

Tabla 1. Cuadro de datos sociodemográficos

Entrevista	Seudónimo (Colores)	Edad	Estado civil	Nivel de instrucción	Convive	Ocupación	SG	FPP
1	Celeste	18	Soltera	5° UTU	Padres y 3 hermanos	Estudiante	32	28/08/22
2	Verde	22	Soltera	3ª Secundaria	Madre	Desocupada	32	05/08/22
3	Verde oliva	18	Soltera	4° Secundaria	Padre, Madre y hermanos	desocupada	35	22/07/22
4	Rojo oscuro	23	Soltera	1° secundaria	Pareja	Desocupada	39	22/06/22
5	Verde 2	24	Unión Estable	3° secundaria	Pareja y padre	Estudiante	32	31/08/22
6	Blanco	27	Soltera	3° Secundaria	Padre y hermanos	Desocupada	36	17/07/22
7	Azul	21	Unión Estable	5° secundaria	Pareja	Desocupada	29	26/09/22
8	Verde claro	23	Soltera	2° Secundaria	Madre	Desocupada	31	05/09/22
9	Violeta	21	Unión Estable	6° Secundaria	Pareja	Empleada	29	27/09/22
10	Rojo	20	Unión Estable	4° Secundaria	Pareja	Desocupada	39	10/07/22
11	Blanco tiza	21	Soltera	2° Secundaria	Pareja	Desocupada	32	08/09/22
12	Negro	23	Soltera	4° secundaria /Adm de empresas	Hermano y cuñada	Manicura	33	15/08/22
13	Azul Claro	18	Soltera	6° secundaria	Pareja	Empleada	28	10/10/22

14	Rojo claro	23	Soltera	6° Secundaria	Madre y hermana	Desocupada	31	20/09/22
15	Violeta claro	32	Soltera	4° Secundaria	Madre y hermana	Desocupada	28	04/10/22