

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL PAPER

1. Médico y cirujano. Hospital Universitario San José. Popayán-Colombia.
2. Médico y cirujano. Hospital Susana López de Valencia. Popayán-Colombia.
3. Médico y cirujano. Centro Médico El Bosque. Santiago de Cali- Colombia.

Financiamiento: ninguno

Conflicto de interés: ninguno

Recibido: 30 octubre 2018

Aceptado: 5 enero 2019

Publicación online: 8 mayo 2019

Correspondencia:

Luis Miguel Tatal Muñoz

📍 Cl 9 N # 8 A-07. Popayán-, Cauca, Colombia.

☎ 3206764762

✉ luismitatal@gmail.com

Citar como: Tatal Muñoz LM, Rodríguez Castillo VA, Buitrón Zúñiga EL, Ortega Vallejo DF, Zúñiga Collazos LK, Gonzáles Hoyos EG, Merchancano Delgado CL, Rivera López H. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(2):157-162. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2165>

Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia

Conditions of access to an antenatal care program in a primary health care center at Pasto City, Colombia

Luis Miguel Tatal Muñoz¹, Victoria Alejandra Rodríguez Castillo², Edna Lizeth Buitrón Zúñiga², Darío Fernando Ortega Vallejo³, Leidy Katherine Zúñiga Collazos², Erwin Giovanni Gonzáles Hoyos², Catherine Liseth Merchancano Delgado¹, Hugo Rivera López¹

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2165>

ABSTRACT

Introduction: Prenatal care is the main tool for prevention of complications of pregnancy, childbirth and the puerperium. Nevertheless, rates of deaths and diseases related to gestation remain unacceptably high, especially in developing countries.

Objective: To describe the conditions of access to prenatal care in a primary care center in the city of Pasto, Nariño, Colombia. **Methods:** We conducted a descriptive, cross-sectional study. We interviewed twenty-four women with gestational age between 36 and 40 weeks, attending prenatal care at the Pandiaco Health Center, level I of care in Pasto City, Colombia, during the year 2015. The data obtained were analyzed with the statistical software SPSS 16.0 for Windows. **Results:** Approximately 50% of pregnant women had less than four prenatal care visits during pregnancy. Labor, home, children care, and economic burden were referred as the main barriers to regular attendance. **Conclusions:** Home and children care, and the need to work, represented the main barriers to prenatal care access among the population studied. **Key words:** Prenatal care, Health services accessibility, Pregnancy.

RESUMEN

Introducción. El control prenatal constituye la principal herramienta para la prevención de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. Aun así, las tasas de muerte y enfermedades relacionadas con la gestación continúan siendo inaceptablemente altas, especialmente en los países en vía de desarrollo. **Objetivo.** Describir las condiciones de acceso al control prenatal, en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Nariño, Colombia. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se encuestaron 204 mujeres con edad gestacional entre 36 y 40 semanas, asistentes a control prenatal en el Centro de Salud Pandiaco, nivel I de atención de la ciudad de Pasto- Colombia, durante el año 2015. **Resultados.** Aproximadamente el 50% de las gestantes realizó menos de 4 controles prenatales a lo largo del embarazo. El trabajo, las labores del hogar, el cuidado de otros hijos y la incapacidad económica fueron referidas como las principales limitaciones para la asistencia regular. **Conclusiones.** El cuidado del hogar, la atención de otros hijos y la necesidad de trabajar representaron las principales barreras de acceso al control prenatal en la población estudiada.

Palabras clave. Atención prenatal, Accesibilidad a los servicios de salud, Embarazo.



INTRODUCCIÓN

La atención prenatal corresponde a una estrategia dirigida a detectar tempranamente riesgos del embarazo, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza⁽¹⁾. A pesar de esto, cada año mueren 530 000 mujeres por causas maternas, cuatro millones de niños mueren en el período neonatal y un número similar nace muerto, con una tasa más alta de muerte materna y neonatal en poblaciones azotadas por la pobreza⁽²⁾. En el mundo, cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de las cuales, el 99% ocurre en países de bajos ingresos. La razón de mortalidad materna en estos países puede llegar a ser tan alta como 230 por 100 000 nacidos vivos y, en algunas áreas de Colombia, las tasas anuales superan las 100 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, siendo las principales etiologías los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica^(3,4).

Así las cosas, el impacto del control prenatal varía según los grupos de riesgo médico, socioeconómico, demográfico y cultural. El estado de salud preexistente, así como la edad, la educación, la pobreza y las condiciones ambientales, parecen modificar los efectos de la atención prenatal^(5,6). El objetivo de la presente investigación es describir las condiciones de acceso al programa de control prenatal, de las gestantes asistentes a un centro de salud de primer nivel atención de la ciudad de Pasto- Colombia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal, con muestreo por conveniencia, en el cual se encuestaron 204 mujeres gestantes asistentes al programa de control prenatal en el centro de salud Pandiaco, de la Ciudad de Pasto, Colombia, en el periodo comprendido entre 1 de febrero y 30 de noviembre de 2015. Se incluyó las gestantes con edad gestacional entre las 36 y 40 semanas, datado mediante ecografía del primer trimestre, con embarazo de curso normal, dado por la ausencia actual o antecedente en gestaciones previas de trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia de primer y segundo trimestres, amenaza de aborto, amenaza o trabajo de parto pretérmino, infección de vías urinarias a repetición, incompatibilidad de grupo sanguíneo o del factor RH y diabetes gestacional,

quienes aceptaron participar voluntariamente del estudio. Se excluyó las pacientes con embarazo de alto riesgo, que tuvieron que ser remitidas a control prenatal por especialista en ginecología o que tuvieron cualquier número de citas antenatales en otro centro hospitalario. Los datos fueron recolectados mediante un instrumento diseñado para tal fin. En este se consignaron variables socio-demográficas, que incluyeron edad, sexo, estado civil, área de procedencia, escolaridad y ocupación u oficio. Además, se consignaron variables dependientes relacionadas con las condiciones de acceso al control prenatal, tales como edad gestacional al inicio del control prenatal, paridad, causa de inasistencia, número de controles prenatales, satisfacción con la atención, oportunidad de acceso al programa y conocimiento de la importancia del control, variables sugeridas en la literatura como determinantes de la calidad del control prenatal. Los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 16.0 para Windows.

Con relación a las consideraciones éticas, en ausencia de comité de ética en la institución, el estudio fue realizado bajo la autorización de las directivas de la Empresa Social del Estado de Pandiaco, Nariño, una vez diligenciado el consentimiento informado por parte de las gestantes que hicieron parte del estudio.

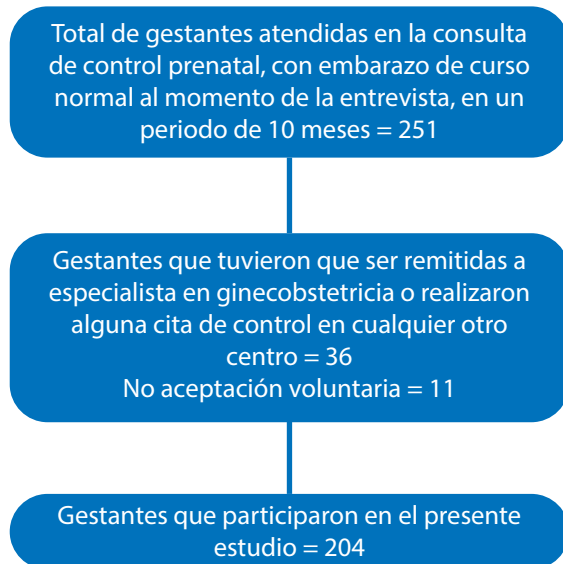
RESULTADOS

Un total de 251 gestantes se identificaron como candidatas a participar en la presente investigación. Sin embargo, 47 fueron excluidas debido a que habían realizado cualquier tipo de control en otro centro, tuvieron que ser remitidas al especialista a criterio del médico general que atendió la consulta o no accedieron a participar voluntariamente en el estudio (figura 1).

Más de la mitad de las gestantes (53,9%) se ubicaron en un rango de edad entre 21 y 30 años; el embarazo en adolescentes representó el 16,2% de la población estudiada. Por otro lado, 61,3% de las madres procedían del área urbana de la ciudad de Pasto, mientras que el 38,7% restante correspondió a población rural. Un 40,2% había terminado la educación básica secundaria, mientras que 24,5% apenas alcanzó la primaria y 12,7% no había realizado algún tipo de estudio. La distribución del estado civil entre solteras, casadas y en unión libre fue similar, con 34,3%, 31,9% y 31,4%, respectivamente (tabla 1).



FIGURA 1. FLUJOGRAMA DE RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.



Dos terceras partes de las gestantes inició el control prenatal entre las 10 y 20 semanas; un 23% lo realizó antes de la semana 10 y 10,8% de las pacientes lo inició después de las 20 semanas; 49,9% tuvo menos de 4 controles prenatales, mientras que 40,2%, entre 4 y 6 controles. Además, 9,3% realizó entre 7 y 10 controles y 0,5%, más de 10 controles (tabla 2).

Se encontraron 101 pacientes que realizaron menos de 4 controles prenatales. En estas, se identificó el trabajo como la principal causa de inasistencia al control prenatal, con 24,7%, seguido de la incapacidad económica 23,8%, la atención a otros hijos o a las labores del hogar 19,8%, la distancia al centro hospitalario 11,9%, y la percepción de las madres sobre lo innecesario de llevar a cabo el control prenatal 9,9%.

Al estudiar el oficio u ocupación del grupo se halló que 39,6% de las gestantes fue ama de casa, mientras que 13,4% se dedicaba al comercio,

14,9% al trabajo como empleada doméstica y 19,8% a estudiar. Respecto a la paridad, 10,9% de las pacientes fue primigesta y 4% tuvo más de 4 embarazos. El porcentaje restante, 85,1%, se distribuyó entre 1 y 4 hijos a cargo de las pacientes (tabla 3).

Finalmente, se determinó que 67,6% de las pacientes reconocía la importancia del control prenatal y 70,1% se sentía satisfecha con la atención que recibió a lo largo del mismo. No obstante, el 59,8% de las madres que hicieron parte del estudio percibía dificultad para acceder al programa de control prenatal por cuestiones relacionadas con la carencia de afiliación al sistema de seguridad social en salud (tabla 4).

TABLA 2. EDAD GESTACIONAL DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL Y NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES (N=204).

Edad gestacional de inicio del control prenatal (semanas)	%	Número de controles prenatales	%
8 a 10	23,0	Ninguno	0,5
10 a 20	66,2	1 a 3	49,5
21 a 30	6,9	4 a 6	40,2
> 30	3,9	7 a 10	9,3
		>10	0,5

TABLA 3. CAUSA DE INASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL, OCUPACIÓN Y PARIDAD (N=101).

Causa de inasistencia al control prenatal	%	Ocupación	%	Paridad	%
Trabajo	24,7	Ama de casa	40,0	0	10,9
Incapacidad económica	23,8	Comerciante	13,9	1	35,6
Atención a otros hijos/labores del hogar	19,8	Empleada doméstica	14,9	2	29,7
Distancia	11,9	Estudiante	19,8	3	13,9
No lo considera necesario	9,9	Otro	11,9	4	5,9
Otro	9,9			>4	4,0

TABLA 1. GESTANTES ATENDIDAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN EL CENTRO DE SALUD DE PANDIACO E.S.E. DE LA CIUDAD DE PASTO, COLOMBIA, DURANTE EL AÑO 2015 (N=204).

Edad		Procedencia		Escolaridad		Estado civil	
Años	%	Área	%	Nivel	%	Estado	%
10 a 20	16,2	Urbana	61,3	Ninguna	12,7	Soltera	34,3
21 a 30	53,9	Rural	38,7	Primaria	24,5	Casada	31,9
31 a 40	27,9			Secundaria	40,2	Unión libre	31,4
> 40	2,0			Técnico	6,4	Viuda	2,5
				Profesional	16,2		



Tabla 4. Importancia y satisfacción del control prenatal (N=204).

Reconocen la importancia del control prenatal	%	Se sienten satisfechas con la atención	%	Perciben oportunidad de acceso al control	%
No	32,4	No	29,9	No	59,8
Sí	67,6	Sí	70,1	Sí	40,2

DISCUSIÓN

El actual estudio se realizó en un centro de primer nivel de atención, considerando que en el mismo deben atenderse las gestantes con embarazos que no revisten condiciones de alto riesgo, siendo incluso muchas veces el lugar de atención del parto.

Aproximadamente la mitad de las pacientes realizó menos de 4 controles prenatales, hallazgo relacionado con un inicio tardío del control prenatal. Estos resultados son similares a los encontrados por Pécora y col⁽⁷⁾, en el cual 76% de las gestantes no acudió a la estrategia de forma temprana. Domingues y col⁽⁸⁾ informaron también de 25% de gestantes con inicio tardío, mientras que Stein y col⁽⁹⁾ hallaron inicio tardío en 42,5% de las gestantes de su estudio. Rico y col⁽¹⁰⁾ comunicaron además un 10% de maternas que no realizó controles prenatales.

En este subgrupo con inicio tardío del control, se identificó como principales causas de inasistencia el trabajo (24,7%), la incapacidad económica (23,8%) y la atención a otros hijos o a las labores del hogar (19,8%). Varios estudios en la literatura han mostrado resultados afines. Faneite y col⁽¹¹⁾ encontraron como principales factores de inasistencia el domicilio lejano (52,3%) y el desempleo (27,3%). Por su parte, Pécora y col⁽⁷⁾ informaron como causas de inasistencia la imposibilidad de acceso a la cita (33%), razones laborales (13%), atención de otros hijos (11%), larga distancia al centro hospitalario (9%), desconocimiento de la importancia del programa (9%) y razones económicas (6%). Es importante resaltar que, el Centro de Salud Pandiaco de la ciudad de Pasto, ciudad capital del departamento de Nariño, recibe población de la misma ciudad y de poblaciones aledañas, esencialmente rurales, con comunicación terrestre que puede demorar una a dos horas hasta las distintas localizaciones. En este contexto, se atienden mujeres que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos, muchas de ellas en situación de vulnerabilidad laboral, económica y social.

Por otro lado, en el presente estudio se halló además que 32,4% de las gestantes no reconocía la importancia del control, mientras que 59,8% tenía la percepción de dificultad para acceder al programa debido a cuestiones administrativas inherentes a la carencia de afiliación al sistema de salud. Estos resultados son similares a los encontrados por Verde y col⁽¹²⁾, en el que 48,9% de la maternas refirió falta de interés frente al control, y Faneite y col⁽¹¹⁾, quienes informaron el desconocimiento de la importancia del mismo en 48,8% de los casos. Delvaux y col⁽¹³⁾ hallaron que la falta de afiliación al sistema de salud constituye un factor de riesgo para una atención prenatal inadecuada (OR 30,1 [IC 95% 20,1 a 47,1]). Por su parte, Quelopana y col⁽¹⁴⁾ describieron la percepción de barreras como el principal predictor de inicio tardío del control prenatal. Es importante destacar que la institución donde se realizó el estudio no había implementado hasta la fecha de realización del mismo el programa de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, el cual podría mejorar la atención de las gestantes de la institución.

De otro lado, nuestro estudio halló un 16% de gestantes con edad menor de 20 años. Raatikainen y col⁽¹⁵⁾ describieron una subatención o ausencia de control prenatal más común en mujeres no casadas, con bajo nivel educacional y en gestantes adolescentes. Huanco y col⁽¹⁶⁾ asociaron el embarazo en adolescentes con un inadecuado control prenatal (OR 1,2 [IC 95% 1,14 a 1,25]), especialmente debido al inicio tardío del mismo (OR 1,52 [IC 95% 1,49 a 1,63]), de forma que el embarazo en edades tempranas se ha sugerido como una condición que afecta negativamente el control antenatal.

Un análisis de la literatura sugiere que existe una relación entre la edad gestacional al inicio del control prenatal y desenlaces materno-fetales⁽¹⁷⁾. Otros factores relacionados con el inicio tardío y un menor número de controles incluyen la adolescencia, etnia no blanca, bajos ingresos, alta paridad, bajo nivel educativo, bajo estatus socioeconómico, carencia de seguro médico y ausencia de matrimonio⁽¹⁸⁾.

Respecto a la cantidad de controles prenatales, no todas las embarazadas logran acceder al control por diferentes razones, muchas de ellas ajenas a su voluntad⁽¹⁹⁾. Mujeres pertenecientes a los estratos socioeconómicos altos



tienden a desarrollar un mejor control prenatal, incluso con exceso de medicalización, en comparación con aquellas de los estratos bajos quienes acuden generalmente a menos de 6 controles^(20,21). Estudios realizados en países de medianos y bajos ingresos indican que pocas visitas prenatales son un factor de riesgo para el aumento de la mortalidad perinatal y la permanencia más prolongada de los recién nacidos en unidades de cuidados neonatales. Sin embargo, numerosas visitas prenatales no siempre son sinónimo de un cuidado efectivo de la gestación. En los embarazos de bajo riesgo, la evidencia sugiere que pocas visitas prenatales pueden ser tan efectivas como muchas visitas, siempre y cuando las intervenciones apropiadas se realicen en el momento adecuado según las necesidades de cada mujer embarazada⁽²²⁾.

La principal limitación del estudio fue consistente en que, considerando la metodología utilizada, no fue posible realizar seguimiento a las gestantes con el fin de estudiar desenlaces materno-fetales en los grupos con control prenatal adecuado e insuficiente. Al respecto, es importante recalcar el impacto del control prenatal sobre desenlaces materno-fetales, basado especialmente en la cantidad de las visitas antenatales más que en las características cualitativas de las mismas. De este modo, un número adecuado de controles prenatales se ha asociado a un menor riesgo de parto pretérmino y peso bajo al nacer, de modo que los análisis de costo-efectividad parecen estar a favor de la prevención primaria como una opción deseable para la reducción de la mortalidad infantil⁽²³⁾. Un estudio de cohorte, realizado en Finlandia entre 1989 y 2001, el cual comparó gestantes con parto hospitalario quienes realizaron menos de cinco controles prenatales (n=207), con gestantes que tuvieron 6 a 18 controles (n=23 137) y mujeres que no asistieron al control prenatal (n=270), encontró un riesgo aumentado para desenlaces materno-fetales deletéreos como corioamnionitis y desprendimiento prematuro de placenta en las mujeres que no asistieron a control prenatales o que asistieron a menos de 5 controles. Además, se reportó riesgo aumentado de peso bajo al nacer, parto pretérmino y muerte fetal o neonatal en dichos grupos. Este estudio destacó que la atención intrahospitalaria del parto se hace insuficiente cuando el control antenatal es deficiente⁽¹⁵⁾.

Por otro lado, resultó difícil hacer comparaciones con el estado del arte, ya que los estudios realizados en torno al control prenatal son diversos en cuanto a su metodología, dificultando un análisis conjunto. En contraste, la metodología para la realización del presente estudio fue exitosa en su intento por evitar pérdidas de información que pudieran repercutir en resultados importantes, especialmente aquellos relacionados con el número de controles prenatales realizados. El presente estudio pone en manifiesto la necesidad de promover el inicio temprano y continuidad del programa de control prenatal en primer nivel de atención donde se realizó e insta a realizar investigaciones similares, dirigidas a estudiar las condiciones de acceso a la consulta prenatal en los niveles básicos de atención.

CONCLUSIONES

El Centro de Salud Pandiaco de la Ciudad de Pasto- Colombia, atiende especialmente a mujeres de recursos económicos limitados, muchas en condición de vulnerabilidad, las cuales inician el control prenatal especialmente al final del primer trimestre o al inicio del segundo trimestre del embarazo. El cuidado del hogar, la atención de otros hijos y la necesidad de trabajar representaron las principales barreras de acceso al control prenatal en la población estudiada.

En contraste con lo anterior, la literatura disponible sugiere que la calidad del control prenatal depende de diversos factores sociodemográficos y culturales, como la edad materna, etnia, ingresos económicos, paridad, nivel educativo, estatus socioeconómico, afiliación al sistema de salud y estado civil. La escasa literatura disponible sugiere que existen barreras importantes para la aplicación adecuada de los programas de control prenatal, sin que sea claro hasta el momento el impacto que tiene un control prenatal inadecuado sobre desenlaces materno-fetales. Se necesitan estudios similares a nivel nacional en favor de caracterizar las condiciones de acceso al control prenatal en los niveles básicos de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oyerinde K. Can antenatal care result in significant maternal mortality reduction in developing countries? *J Community Med Health Educ.* 2013;3(2):1-2.
2. Haines A, Cassels A. Can the millennium development goals be attained? *BMJ.* 2004;329(7462):394-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7462.394>



- org/10.1136/bmj.329.7462.394
3. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de vigilancia en salud pública: Mortalidad materna. 2016. Disponible en: <http://www.ins.gov.co>. Consultado el 24 de noviembre de 2017.
 4. Delgado M, Daza C. Factores que afectan el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento del Cauca. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2000;51(2):71-6.
 5. Partridge C, Holman J. Effects of a reduced-visit prenatal care clinical practice guideline. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(6):555-60. DOI: 10.3122/jabfm.18.6.555
 6. Moya D, Guiza I, Mora M. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Rev CUIDARTE*. 2010;1(1):44-52. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.73>
 7. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic, M, Llompart V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2008;27(3):114-9.
 8. Domingues R, Leal C, Hartz Z, Dias M, Vettore M. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):953-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400015>
 9. Stein A, Ferreira A. Accesibilidad al primer control de embarazo en un centro de salud de la ciudad de Montevideo. *Enfermería: cuidados humanizados*. 2012;1(1):11-9. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v1i1.807>
 10. Rico R, Ramos V, Martínez P. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. *Enferm. glob*. 2012;11(27):397-407.
 11. Faneite P, Rivera C, Rodríguez F, Amato R, Moreno S, Cangemi L. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2009;69(3):147-51.
 12. Verde M, Varela L, Episcopo C, García R, Briozzo L, Impallomeni I. Embarazo sin control: Análisis epidemiológico. *Rev Méd Urug*. 2012;28(2):100-7.
 13. Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med*. 2001;21(1):52-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(01\)00315-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(01)00315-4)
 14. Quelopana A, Champion J, Salazar B. Factores Psicosociales que Influyen el Inicio del Control Prenatal. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2007;15(3):102-6.
 15. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*. 2007;7(268):1-8. DOI:10.1186/1471-2458-7-268
 16. Huanco D, Ticona M, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Rev Chil Obstet ginecol*. 2012;77(2):122-28. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000200008>
 17. Rowe R, Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med*. 2003;25(2):113-9. DOI: 10.1093/pubmed/fdg025
 18. Essex C, Counsell A, Geddis D. The demographic characteristics of early and late attenders for antenatal care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1992;32(4):306-8.
 19. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2009;60(2):165-170.
 20. Cano G, Rodríguez M, Borrella C, Pérezb M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit*. 2006;20(1):25-30.
 21. Salvador J, Cano G, Rodríguez M, Villalbía J, Cunilléa M, Ricarta M y col. Evolución de las desigualdades según la clase social en el control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03). *Gac Sanit*. 2007;21(5):378-83.
 22. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15 Suppl 1:1-42.