Apoyo social y marginación como determinantes de la atención prenatal en mujeres con seguridad social en México

Maritza Maldonado-Cisneros[1] y Oswaldo Sinoe Medina-Gómez[2,3]

[1]Hospital General Regional 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro; [2]Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Ciudad de México; [3]Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 15, Ciudad de México. México

Resumen

Introducción: *La atención prenatal garantiza resultados favorables para la salud materno-fetal, para ello es necesario que se realice de forma precoz, periódica, completa y con alta cobertura.* **Objetivo:** *Conocer los determinantes sociales para la atención prenatal en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social durante 2014.* **Método:** *Estudio transversal en el que se analizó la asociación de condiciones sociales, apoyo social y funcionalidad familiar con atención prenatal inadecuada. Se realizó análisis descriptivo; se utilizaron pruebas de hipótesis con chi cuadrada (nivel de confianza de 95 %). Se estimó la razón de prevalencias y U de Mann-Whitney para comparar medianas y regresión logística.* **Resultados:** *De las mujeres entrevistadas, 58.1 % presentó atención prenatal inadecuada, asociada principalmente con no planificación del embarazo, bajo apoyo social, menor nivel educativo y mayor marginalidad. No contar con el permiso laboral fue la principal barrera en las mujeres que no acudieron a los servicios de salud.* **Conclusión:** *Es necesario diseñar e implementar estrategias que permitan conocer la interacción entre las distintas dimensiones biológicas y sociales del proceso salud-enfermedad y disminuir las inequidades en salud que afectan a las mujeres embarazadas, para lograr buena atención prenatal y modelos alternativos que garanticen su eficiencia.*

PALABRAS CLAVE: *Determinantes sociales de la salud. Atención prenatal. Embarazo. Servicios de salud materno-infantil.*

Abstract

Introduction: *Prenatal care ensures favorable results for maternal-fetal health and, to that end, it must be provided early, periodically, comprehensively and with high coverage.* **Objective:** *To find out the social determinants of prenatal care in women affiliated to the Mexican Institute of Social Security during 2014.* **Method:** *Cross-sectional study where the association of social conditions, social support and family functioning with inadequate prenatal care was analyzed. A descriptive analysis was performed; hypothesis tests were used with chi-square (95% level of confidence). The prevalence ratio and Mann-Whitney's U-test were estimated to compare medians and logistic regression.* **Results:** *Of the interviewed women, 58.1% had inadequate prenatal care, mainly associated with unplanned pregnancy, poor social support, low level of education and higher marginalization. Not having leaves of absence granted by employers was the main barrier in those women who did not attend health services.* **Conclusions:** *There is a need for strategies to be designed and implemented to enable understanding the interaction between different biological and social dimensions of the health-disease process and reduce health inequities that affect pregnant women, in order to achieve good prenatal care and to implement alternative models guaranteeing its efficiency.*

KEY WORDS: *Social determinants of health. Prenatal care. Pregnancy. Maternal-child health services.*

Correspondencia:
Maritza Maldonado-Cisneros
E-mail: maritza.maldonadoc@imss.gob.mx

Fecha de recepción: 20-06-2016
Fecha de aceptación: 06-07-2016
DOI://dx.doi.org/10.24875/GMM.18002555

Gac Med Mex. 2018;154:180-184
Disponible en PubMed
www.gacetamedicademexico.com

Introducción

Se ha considerado que una atención prenatal garantiza resultados favorables para la salud materno-fetal, siempre y cuando se realice de forma precoz, periódica, completa y con alta cobertura.[1]

La Organización Mundial de la Salud recomendó el establecimiento de programas de atención prenatal para todas las mujeres del mundo e implementó los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los cuales fueron adoptados por la comunidad internacional en el año 2000 para reducir 75 % la mortalidad materna entre los años 1990 y 2015.[2,3]

La *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido* establece los procedimientos durante la atención prenatal en los servicios de salud del país y cuya observancia es obligatoria para garantizar la calidad de la atención.[4]

Entre el 2000 y el 2004, México logró una razón de mortalidad materna (RMM) de 4 % anual; sin embargo, se requiere una reducción de 7.5 % anual para alcanzar la meta establecida para 2015.[3]

Algunos estudios resaltan la importancia de la atención prenatal temprana para un buen resultado para la madre y su hijo, así como los determinantes sociales, acceso a servicios, características individuales factores interpersonales que se relacionan con buena atención prenatal.[5-10]

Aunque la atención prenatal reporta grandes beneficios para las mujeres y los recién nacidos en términos de morbilidad y mortalidad, no todas las mujeres embarazadas tienen acceso óptimo a ella. Diversos estudios han demostrado una asociación entre la ausencia de atención prenatal y mortalidad perinatal, sin embargo, la calidad de la atención es fundamental en las mujeres embarazadas que asisten a los servicios de salud, para evitar la mortalidad perinatal.[11-14]

Es necesario reconocer que la eficacia de los programas específicos de atención prenatal como medio para reducir la mortalidad en grupos de mujeres socioeconómicamente desfavorecidos y vulnerables no ha sido evaluada rigurosamente.[15]

Existe evidencia de que las condiciones socioeconómicas, planificación del embarazo, calidad y accesos a los servicios de salud son determinantes para lograr una atención prenatal óptima.[16-20]

Debido a lo anterior, el objetivo de esta investigación fue conocer la relación de los determinantes sociales que inciden en la atención prenatal en mujeres con seguridad social en México.

Método

Se realizó estudio observacional, retrospectivo de tipo transversal, de abril a octubre de 2014, en dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, elegidas por conveniencia. El muestreo para la selección de las pacientes se realizó por método probabilístico aleatorio sistemático. Los criterios de inclusión fueron mujeres de cualquier edad en puerperio, adscritas a las unidades médicas, quienes acudieron a solicitar atención médica o preventiva o a realizar trámites administrativos en los diferentes servicios que conforma las unidades durante el periodo de estudio. Se excluyó a mujeres con discapacidad que impedía la entrevista y se eliminaron los cuestionarios incompletos.

Previo consentimiento informado y autorizado por el comité local de investigación se entrevistó a mujeres en periodo de puerperio a quienes se le explicó el propósito del estudio y se les invitó a participar. Se interrogó acerca de la edad, nivel de escolaridad, número de gestas, planeación del embarazo, estado civil, tiempo de traslado a la unidad médica, tiempo de espera para la atención médica y si contaban con empleo. Se utilizó la escala de Duke-UNC para identificar el apoyo social, se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida PEPS-1 y el APGAR familiar para identificar disfunción familiar. Para conocer la marginación se consideró la clasificación señalada por el Sistema de Información de Desarrollo Social del Distrito Federal según la colonia de residencia de la persona entrevistada.

Al obtener el número de registro de seguridad social se procedió a la búsqueda de la información referente a la atención prenatal en el expediente clínico electrónico, se categorizó la atención prenatal utilizando el método de Kessner, que incluye los siguientes indicadores: número de consultas prenatales y edad gestacional al comienzo de la atención.

Se utilizó el programa estadístico Stata versión 9.0 (Stata Corp., College Station, EE. UU.) para el análisis de los datos obtenidos. El análisis descriptivo se realizó por cada variable; se utilizaron pruebas de hipótesis con chi cuadrada con un nivel de confianza de 95 %; como medidas de asociación se estimó la razón de prevalencias (RP) y U de Mann-Whitney para comparación de medianas. Finalmente, se realizó regresión logística binaria para evaluar la contribución independiente de cada variable respecto a la atención prenatal inadecuada, considerando cada nivel de marginalidad.

Resultados

Se estudiaron 511 mujeres, de las cuales tres fueron eliminadas por no haber completado el cuestionario. La mediana de la edad fue de 26 años, con un rango de edad de 14 a 43 años. La mayoría contaba con un nivel escolar de secundaria (30.0 %) y vivía en zonas de alta marginación (51.2 %). El 52.6 % de las mujeres entrevistadas tenía empleo remunerado. El 10.2 % de las mujeres mostró apoyo social bajo y el estado civil más frecuente fue la unión libre (Tabla 1); 48.8 % de las mujeres iniciaron la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, 40.6 % en el segundo y 10.6 %, en el tercero (Tabla 1); 58.1 % de las mujeres entrevistadas presentó atención prenatal inadecuada (IC 95 %, 53.8-62.4).

El 24 % de las mujeres refirió no haber acudido al menos una vez a cita programada con el médico; el principal motivo fue no obtener permiso en su centro laboral (24.6 %).

El tiempo de traslado del hogar a la unidad médica de atención tuvo una mediana de 20 minutos, similar

Tabla 1. Características de mujeres en puerperio que acudieron a una unidad de atención primaria

Variable	n	n	Razón de prevalencia (IC 95 %)	p
	Adecuado	Inadecuado		
Edad				
< 30	72	93	1	
25-29	68	79	0.95 (0.57-1.41)	0.64
> 24	73	123	1.11 (0.94-1.32)	0.28
Nivel escolar				
Licenciatura y más	67	80	1	
Media superior	71	91	1.03 (0.68-1.64)	0.76
Secundaria	70	108	1.11 (0.92-2.01)	0.26
Básica	5	16	1.40 (0.93-1.85)	0.06
Empleo				
No	103	138	1	
Sí	110	157	1.03 (0.89-1.19)	0.73
Estado civil				
Casada	100	119	1	
Unión libre	91	137	1.11 (0.94-1.30)	0.22
Soltera	22	39	1.18 (0.94-1.47)	0.18
Funcionalidad familiar				
Funcional	111	163	1	
Disfunción leve	96	115	0.92 (0.78-1.07)	0.27
Disfunción grave	6	17	1.24 (0.96-1.60)	0.17
Apoyo social				
Normal	198	258	1	
Bajo	15	37	1.26 (1.04-1.52)	0.04
Grado de marginación				
Baja	48	79	1	0.53
Media	58	63	0.84 (0.67-1.04)	0.11
Alta	107	153	0.95 (0.80-1.12)	0.53
Embarazo planeado				
Sí	135	184	1	
No	78	111	1.02 (0.87-1.19)	0.82
Trimestre al inicio del control prenatal				
Primero	198	50	1	
Segundo	15	191	4.60 (3.58-5.91)	< 0.001
Tercero	1	53	4.87 (3.79-6.25)	< 0.001
Gestas				
≥ 3	35	71	1	
2	80	96	0.81 (0.67-0.98)	0.04
1	98	128	0.85 (0.71-1.09)	0.07

entre las mujeres con control prenatal óptimo e inadecuado (p = 0.55), sin embargo, el tiempo de espera para acceder a la consulta médica fue mayor entre las mujeres con mala atención prenatal (mediana de 120 minutos) respecto a quienes tuvieron una buena atención (mediana de 30 minutos, p < 0.001).

Entre las condiciones sociales se encontró que tener bajo apoyo social se asoció con 26 % mayor probabilidad de inadecuada atención prenatal (IC 95 %, 1.03-1.52, p= 0.04), en comparación con el apoyo social normal.

Los resultados no mostraron diferencia significativa respecto al control prenatal inadecuado entre las mujeres que planearon su embarazo o no (RP 1.02; IC 95 %, 0.87-1.19, p = 0.82). Las mujeres con dos gestas tuvieron un factor de protección que redujo la probabilidad de control prenatal inadecuado, con una razón de momios de prevalencia de 0.81 (IC 95 %, 0.67-0.98, p = 0.04), en comparación con las mujeres con tres gestas o más (Tabla 1).

El análisis multivariado indicó que las mujeres con el mayor nivel de marginación y sin apoyo social tuvieron probabilidad significativa de presentar control prenatal inadecuado (Tabla 2).

Discusión

Debido a que la mortalidad materno-infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país, la salud reproductiva debe ser una prioridad sanitaria;

Tabla 2. Factores asociados con control prenatal inadecuado en mujeres con seguridad social en México según nivel de marginalidad

Variable	Razón de momios	Error estándar	p	IC 95 %
		Nivel de marginación bajo		
Desempleada	0.89	0.39	0.8	0.4-2.12
Estado civil				
Unión libre	2.95	1.32	0.02	1.2-7.1
Soltera	3.44	2.36	0.07	0.9-13.2
Apoyo social	1.46	0.98	0.57	0.4-5.5
Disfunción familiar	0.91	0.36	0.81	0.4-2.0
Escolaridad	1.9	0.84	0.15	0.8-4.5
Edad	1.08	0.04	0.04	1.0-1.2
		Nivel de marginación medio		
Desempleada	0.85	0.36	0.7	0.38-1.9
Estado civil				
Unión libre	1.38	0.59	0.46	0.59-3.2
Soltera	1.28	0.96	0.74	0.29-5.6
Apoyo social	1.3	0.76	0.66	0.41-4.1
Disfunción familiar	1.07	0.42	0.86	0.5-2.3
Escolaridad	1.58	0.78	0.35	0.614.2
Edad	1.01	0.03	0.71	0.95-1.1
		Nivel de marginación alto		
Desempleada	1.00	0.27	1.00	0.6-1.7
Estado civil				
Unión libre	0.80	0.23	0.45	0.5-1.4
Soltera	0.94	0.40	0.88	0.4-2.2
Apoyo social	3.53	1.96	0.02	1.2-10.5
Disfunción familiar	0.63	0.17	0.09	0.4-1.1
Escolaridad	0.91	0.28	0.76	0.5-1.7
Edad	0.96	0.02	0.06	0.9-1.0

su prevención depende directamente de la cobertura y calidad de los servicios de salud.[21]

Es necesario reconocer que una limitación importante de nuestro estudio fue el tipo de muestreo realizado para la selección de las unidades, lo que no permitió garantizar la representatividad de la población. Aunque se buscó controlar factores como el riesgo obstétrico, una proporción elevada de mujeres no contaban con el registro correspondiente en el expediente clínico, lo cual demuestra problemas en la calidad técnica de la atención.

Se encontró que la mayor proporción de las pacientes presentó escolaridad de nivel secundaria, en comparación con lo descrito en otras investigaciones, en las cuales la escolaridad fue más baja.[17] Las mujeres que no se encontraban casadas mostraron mayor probabilidad de atención prenatal inadecuada, resultados consistentes con los de Ramirez Zetina en población mexicana.[20]

Los resultados obtenidos en el análisis bivariado indicaron que la atención prenatal inadecuada se asocia con bajos ingresos, así como con embarazo no planificado, lo cual es congruente con lo reportado en diversos estudios.[19,20]

Se encontró fuerte asociación entre los estratos de marginalidad más altos y bajos ingresos económicos con un control prenatal inadecuado, lo cual es concordante con resultados previos.[20]

Finalmente, es necesario diseñar e implementar estrategias, programas y políticas en salud con enfoque de determinantes sociales que permitan conocer la interacción entre las distintas dimensiones biológicas y sociales del proceso salud-enfermedad y disminuir las inequidades en salud mediante la aplicación de exitosos modelos de atención prenatal alternativos,[22] como visitas domiciliarias. La atención prenatal de grupo para pacientes con alto riesgo puede proporcionar una atención más eficiente y eficaz que el modelo tradicional y predominantemente médico de la atención prenatal,[23] promoviendo la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, principalmente entre las mujeres con mayor marginación social y económica.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo Regional Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Reducción de la mortalidad y la morbilidad materna. Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. EE. UU.: OPS; 2003.
2. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G. Inequidades sociales en atención materna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2010;61(3):231-238.
3. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Situación actual de la mortalidad materna en México. Disponible en: http://www.omm.org.mx/index.php/component/k2/item/246-situacion-actual
4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación 1994 Oct 31. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html
5. Kisuule I, Kaye DK, Najjuka F, Ssematimba SK, Arinda A, Nakitend G, et al. Timing and reasons for coming late for the first antenatal care visit by pregnant women at Mulago hospital, Kampala Uganda. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13(1):121.
6. Niwaru BI, Wu Z, Hemminki E. Determinants of the use of prenatal care in rural China: the role of care content. Matern Child Health J. 2012:16(1):235-241.
7. Joshi C, Torvaldsen S, Hodgson R, Hayen A. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:94.
8. Andrew E, Pell C, Angwin A, Auwun A, Daniels J, Mueller I, et al. Factors affecting attendance at and timing of formal antenatal care: results from a qualitative study in Madang, Papua New Guinea. PloS One. 2014; 9(5):e93025.
9. Cresswell JA, Yu G, Hatherall B, Morris J, Jamal F, Harden A, et al. Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13(1):103.
10. Rowe RE, Magee H, Quigley MA, Heron P, Askham J, Brocklehurst P. Social and ethnic differences in attendance for antenatal care in England. Public Health. 2012;122(12):1363-1372.
11. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. Determinants of prenatal care use: evidence from 32 low-income countries across Asia, Sub-Saharan Africa and Latin America. Health Policy Plan. 2014;29(5):589-602.
12. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. Eur J Public Health. 2013;23(3):366-371.
13. Pérez-Toga G, Sánchez-Nuncio HF, Pérez-Rodríguez PP, Nava-Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(5):377-380.
14. Beauclair R, Petro G, Myer L. The association between timing of initiation of antenatal care and stillbirths: a retrospective cohort study of pregnant women in Cape Town, South Africa. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:204.
15. Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:13.
16. 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):147-151.
17. Coimbra L, Silva AA, Mochel EG, Alves MT, Ribeiro V, Aragão VM, et al. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. Rev Saude Publica. 2003;37(4):456-462.
18. Pécora A, San-Martin ME, Cantero A, Furfaro K, Jankovic MP, Llompart V. Control prenatal tardío: ¿barreras en el sistema de salud? Rev Hosp Mat Infant Ramón Sardá. 2008;27(3):114-119.
19. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de CPN inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011;22(4):159-160.
20. Ramírez-Zetina M, Richardson V, Ávila H, Caraveo VE, Salomón RE, Bacardi M, et al. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. Rev Panam Salud Pública. 2000;7(2):97-101.
21. Vega R, Barron A, Acosta L. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. Rev Fac Nac Salud Publica. 2013;3(3):265-272.
22. Medina-Gómez OS, López-Arellano O. Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008. Cad Saúde Pública. 2011;27(8):1603-1610.
23. Krans EE, Davis MM. Strong start for mothers and newborns: implications for prenatal care delivery. Curr Opin Obstet Gynecol. 2014;26(6):511-515.