

DESIGUALDADES EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.

M^a Ángeles Tadeo López

Matrona. C.S “Guanarteme” (Las Palmas G. C.)

Este estudio trata de describir las diferencias observadas en el control y seguimiento del embarazo de las gestantes que son atendidas en el Centro de Salud “Guanarteme”, durante los meses de junio a octubre de 2006.

Las desigualdades en salud se definen como *“las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente”*.

La reducción de las desigualdades en salud se ha convertido en un objetivo central de la OMS en su estrategia “Salud para todos en el siglo XXI”, debido a su potencial para conseguir una mejora de la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud indica que la morbi-mortalidad neonatal y materna se reduce en relación directa a

- la precocidad de la primera visita,
- número suficiente de controles durante el embarazo y
- recibir durante el parto una atención adecuada.

Teniendo en cuenta que una buena parte de la población atendida en el Centro de Salud “Guanarteme” emigra de países africanos, latino-americanos y asiáticos, hacemos referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Objetivo nº 3:

”Promover la igualdad de género y empoderamiento de la mujer”

- La educación primaria constituye un primer paso para reducir desigualdades entre hombres y mujeres.

Objetivo nº 5

“Mejorar la salud materna”:

- Meta reducir entre 1990 y 2015, la causa de mortalidad materna,
- pues el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar,
- es el punto de partida para la salud materna.

De hecho, aunque la salud de la población ha mejorado globalmente, cuando ésta se analiza teniendo en cuenta los **determinantes sociales y culturales**

Se observa que esta ganancia **no** se distribuye por igual sino que los grupos de población que **mejoran más** son aquellos que parten de una posición **económica y educativa más elevada**.

A este efecto se le llama “ley de prevención inversa” y muestra la intervención generalista, sin tener en cuenta los determinantes sociales.

Tiene como efecto secundario no deseado, el incremento de las desigualdades en salud.

La justificación del estudio nace esencialmente al observar la variabilidad en el acceso y el seguimiento del programa de atención al embarazo.

El presente estudio pretende identificar que, siendo la salud un derecho fundamental directamente relacionado con el bienestar y asumiendo los estados modernos la responsabilidad de su protección y promoción, se

observa que aquellas embarazadas con más problemas sociales tienen peor control gestacional lo cual repercute en la salud materno-infantil.

Pregunta de partida

¿Será que influyen las desigualdades sociales de la población muestreada, en el cuidado y seguimiento del embarazo institucionalizado, según el Programa de Atención a la Mujer del Servicio Canario de Salud?

Objetivo general

Observar los componentes de desigualdad que influyen en el control y seguimiento institucionalizado del embarazo.

Objetivos específicos

- Indicar si el continente de procedencia influye en el control y seguimiento del embarazo.
- Observar si las mujeres de clase trabajadora y trabajo reproductivo acuden más tardíamente al control y seguimiento del embarazo.
- Evidenciar si se cumple con el programa de prevención de defectos del tubo neural a través de la ingesta de ácido fólico un mes antes del embarazo.
- Revisar si el peso mayor según edad gestacional del recién nacido tiene relación con control gestacional inadecuado.
- Señalar si el estado de la salud percibido influye en el control y seguimiento del embarazo.

Hipótesis

- ¿Será que influyen las desigualdades sociales en el control y seguimiento del embarazo?
- ¿Será que acceden al control gestacional todas las embarazadas por igual?

El Centro de Salud "Guanarteme" está situado en una zona urbana de Las Palmas de Gran Canaria, atiende a 47.100 personas de 113 nacionalidades diferentes, siendo más frecuente las procedentes de Marruecos, Colombia, Mauritania, África, Asia y Europa.

La población de la muestra se caracteriza por ser mujeres atendidas en el Centro de Salud "Guanarteme", que cuenta con 12.861 mujeres en edad fértil, cuyas edades están comprendidas entre los 15 y 49 años, ambos inclusive. Siendo el número esperado de embarazos captados de 358 y 435, los nacimientos esperados para el año 2006, según la fuente de datos de Cartera de Servicios de la Dirección General de Programas Asistenciales. (Mayo 2006). Se realiza un estudio descriptivo y transversal con abordaje cuantitativo de base poblacional, aplicando un cuestionario diseñado para este trabajo y cumplimentado por el entrevistador, a todas las mujeres que tienen un hijo y acuden al Centro de Salud "Guanarteme" entre los meses de junio a octubre de 2006.

Variables

- Dependientes
 - Desigualdades
 - Control del embarazo
 - Control antes de la 12 semana
 - Información del estado de salud percibido

- Independientes
 - Edad
 - Nombre, apellido
 - Estado civil
 - Municipio de residencia
 - Nivel educativo
 - Información laboral
 - Número de hijos
 - Asistencia a la primera consulta obstétrica
 - Enfermedades de la gestación actual
 - Peso del recién nacido
 - Autovaloración de la salud
 -

La población de la muestra está constituida por 140 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 42 años, que acuden a consulta de la matrona para la revisión puerperal y que han tenido un hijo entre los meses de junio a octubre de 2006.

Acuden tanto las mujeres procedentes del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias como las mujeres que han sido atendidas en el centro privado Clínica Santa Catalina.

Se recoge la muestra aplicando el cuestionario diseñado para este trabajo y cumplimentado por el entrevistador, a una muestra de conveniencia de 140 mujeres que tienen un hijo entre los meses de junio a octubre de 2006, y que acuden a la consulta de la matrona para la revisión puerperal.

Para la recogida de los datos se tienen en cuenta los aspectos éticos por lo que se solicita y obtiene autorización tanto a las mujeres que participan así como a la dirección del Centro de Salud "Guanarteme". Manteniendo en archivos diferentes y vigilados los códigos de identificación personal.

Se excluyen de la muestra las mujeres que no entienden ni hablan el idioma español y acuden sin acompañante que sirva de intérprete y aquellas mujeres que no han querido participar en el estudio.

Para el análisis apropiado de los resultados se ha de tener en cuenta que en el estudio se han incluido los embarazos que finalizan mediante parto vaginal o abdominal.

Para el tratamiento estadístico se utiliza el SPSS. Versión 13.0 con tablas de frecuencia, tablas de contingencia, representaciones gráficas y estadística descriptiva

Resultados: De la muestra inicial que corresponden a gestantes de bajo riesgo se seleccionan las mujeres que presentaron algún tipo de riesgo. Permitiendo así dar respuesta a las cuestiones de investigación planteadas inicialmente, además de fundamentar que una embarazada si además de presentar

desigualdades en el control del embarazo presenta un riesgo añadido, ésta desigualdad se considera aumentada.

En la muestra estudiada ha fracasado el Programa de la Mujer en los aspectos relativos a la prevención de defectos del tubo neural mediante ingesta de ácido fólico pregestacional y durante el primer trimestre de embarazo.

GRUPO DE EDAD

El grupo de edad mayoritario es el de 25 a 34 años, siguiendo el grupo de 35 a 42 años y el de 17 a 24 años es el menos representativo de la muestra.

Por lo que el 48,5% la muestra estudiada no presenta riesgo obstétrico relacionado con la edad materna.

Confirmando que la mayoría de la muestra cumple con el criterio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, al pertenecer a gestantes de bajo riesgo, que deben ser atendidas en el primer nivel de la asistencia sanitaria. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Se observa que en el grupo de mujeres con edades entre 35 y 42 años existe una gran dependencia del profesional sanitario, lo que se traduce en una elevada tasa de frecuentación de consulta a centros privados además de los tres controles recomendados por el Servicio Canario de Salud.

PAÍS DE ORIGEN

El 70,9% de la población de la muestra corresponde a las mujeres españolas y para que la muestra sea más representativa agrupamos a todas las extranjeras cuyo total corresponde al 29,1% de la muestra.

Observando que la población extranjera reconoce que debe acudir a control gestacional después de la tercera falta de amenorrea; en otras ocasiones estas mujeres llegan a nuestro país después de la semana 33 y la mayoría no tiene cobertura sanitaria, lo cual hace que el acceso sea tardío.

POBLACIÓN EXTRANJERA CON Y SIN COBERTURA SANITARIA

Al observar a la población procedente de otros países nos encontramos con el 43,3% de la población que accede al servicio como asegurado de la prestación sanitaria nacional; el 56,7% de este grupo carece de la prestación sanitaria, además comienzan el control gestacional después de la semana 15 y el 20% acude después de la 33 semana.

Debemos tener en cuenta que la situación de inmigración lleva en ocasiones a la marginación social, escasos recursos económicos, desconocimiento de los recursos socio-sanitarios del país que les acoge, de la asistencia sanitaria a través de ONGs que se complica, cuando además presenta desconocimiento del idioma.

CLASE LABORAL

La clase trabajadora corresponde al 67% de la muestra frente al 33,1% que pertenece al grupo de clase media.

Estas mujeres con categorías ocupacionales por cuenta ajena, son empleadas de tipo administrativo, trabajadoras de servicios cualificados o no, incluyendo también el sector agrario. Presentan bajo nivel de estudios con escasa inversión en ellos, además de falta de información y educación sanitaria. Siendo las menos beneficiadas para los cambios tecnológicos y económicos de la zona urbana.

NIVEL DE ESTUDIOS

El nivel de estudios máximo alcanzado corresponde el 63,1% a estudios secundarios, considerados como estudios obligatorios por el Ministerio de Educación y Ciencia español, el 9,7% corresponde a estudios primarios y solo el 27,2% ha finalizados estudios universitarios.

TIPO DE TRABAJO

El 67% de las mujeres realizan tanto el trabajo productivo como el reproductivo frente al 1% que realiza exclusivamente trabajo productivo y el 2,9% que está desempleada.

Teniendo en cuenta que el trabajo reproductivo hace referencia al trabajo destinado a satisfacer las necesidades de la familia, estamos atendiendo a mujeres que además de realizar un trabajo con carácter no remunerado e «invisible», pertenecen al sector servicios donde se ha estudiado que presentan un nivel de estudios más bajo, con una escasa inversión en formación educativa siendo notoria la falta de información y de educación sanitaria.

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA GESTACIONAL

El 44,7% de las mujeres estudiadas han tenido al menos un embarazo previo, frente al 55,3% de las mujeres que son primigestas.

Se observa que solo el 11,7% ha tenido 3 hijos o más, situación que probablemente esté en relación con el sobreesfuerzo que supone para la mujer de la muestra, compatibilizar el trabajo con el cuidado de los hijos y el mantenimiento del hogar.

CONTROLES EN EL EMBARAZO ACTUAL INGESTA DE ÁCIDO FÓLICO PRECONCEPCIONAL

Tres de cada cuatro mujeres de la muestra no toman ácido fólico como prevención de los problemas derivados del tubo neural.

Al ser considerada esta variable un indicador de calidad del control de embarazo, se puede considerar que en la muestra estudiada ha fracasado el Programa de la Mujer en los aspectos relativos al la prevención de defectos del tubo neural.

Observándose que las mujeres con nivel académico elevado o en tto. por infertilidad, son las que toman ácido fólico.

INGESTA DE ÁCIDO FÓLICO DESPUES DEL PRIMER MES DE EMBARAZO

Del 23,3% que toma el ácido fólico durante el periodo pregestacional, aumenta al 71,80%, el triple, al acudir a la 1ª consulta del embarazo, aunque ya han pasado unas 7-9 semanas de gestación y se considera que la prevención de los defectos del tubo neural debe ser previo a la concepción y mantenerlo hasta 12-15 semana de embarazo.

CONTROL GESTACIONAL ANTES DE LA 12 SEMANA

El 14,6% de las gestantes no acude al primer control antes de la semana 12 frente al 85,4 que si acude.

Por lo que al aplicar el indicador número 11 de calidad asistencial en ginecología y obstetricia, que hace referencia a que el diagnóstico prenatal de los defectos congénitos, debe ofrecerse a todas las gestantes de bajo riesgo, nos encontramos que el resultado estándar orientativo se aleja considerablemente del 100% de la muestra estudiada, por lo que deberíamos mejorar el acceso a la consulta del 100% de la población.

Este dato puede estar aumentado por la población extranjera que llega a nuestro país con una gestación más o menos avanzada.

CONTROL TOCOLÓGICO ENTRE LA 11 y 13 SEMANA

El 16,5% de la muestra no acude al control tocológico frente al 83,5% que si acude de forma adecuada.

CONTROL EN LA 20 Y 24 SEMANA

El 2,9% de la población no realiza el control en la semana 20-24 frente al 97,1% que si lo realiza.

Si tomamos el indicador de calidad asistencial en ginecología y obstetricia número 8, que establece que se ofrezca el cribado de diabetes gestacional entre la 24-28 semana al 100% de las gestantes controladas, pues la ausencia de diagnóstico de diabetes gestacional incrementa la morbimortalidad perinatal, nos encontramos que tampoco se cumple al 100%. Este hecho de nuevo puede estar relacionado con la población procedente de otros países que acude a nuestra consulta después de la semana 30.

SEMANA EN QUE SE PRESENTÓ EL PARTO ACTUAL

El embarazo termina en parto eutócico en el 65% de la muestra frente al 35% de la muestra que finaliza con un parto distócico.

Considerando que estos datos pueden estar distorsionados ya que 10 de estas mujeres presentaron partos distócicos asociados a su asistencia en una clínica privada, donde la tasa de cesáreas supera el 50%, frente al 12% en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

Esta cifra rebasa con creces la recomendación de la Organización Mundial de la Salud que estableció en un 15% el número recomendable de cesáreas.

CONCLUSIONES

Las desigualdades en salud, al igual que las sociales y de género, se producen en todos los grupos de población, por lo que siendo la Atención Primaria de Salud la puerta de entrada del sistema sanitario, con un nivel asistencial utilizado por gran parte de la población para realizar su primer contacto, se debería priorizar el esfuerzo para abordar el incremento de necesidades y el tipo de servicios de salud que las desigualdades crean, debiendo estar implicado todo el Equipo de Atención Primaria en el cumplimiento del Programa de la Mujer, favoreciendo así la accesibilidad de determinados grupos de población a la consulta gestacional.

Otro condicionante social es la división sexual del trabajo, productivo y reproductivo. Hoy por hoy, el estrés de las mujeres pone de manifiesto la necesidad de cambiar las formas de distribuir el trabajo, planificar y gestionar los servicios y asumir la responsabilidad de la maternidad y la vida doméstica. Siendo necesario profundizar tanto en la aplicación de políticas de salud, como en el desarrollo de servicios sociales así como potenciar las ayudas institucionales.

Aunque lo correcto sería estudiar cada caso en particular, teniendo en cuenta que las primíparas son cada vez más numerosas, y por tanto, intentan por todos los medios minimizar posibles riesgos para su hijo; ello lleva consigo que la gestante exija y presione al especialista en la creencia no apoyada en la evidencia científica disponible, de que utilizando el parto abdominal evita riesgos para el feto.

El objetivo del estudio era identificar qué elementos de desigualdad influyen en el control del embarazo, observando que la población extranjera reconoce que debe acudir a control gestacional después de la tercera falta de amenorrea; en otras ocasiones estas mujeres llegan a nuestro país después de la semana 33 y la mayoría no tiene cobertura sanitaria, lo cual hace que el acceso sea tardío.

Quedaría para un estudio posterior profundizar si además de cumplir con los controles establecidos por el Sistema Nacional de Salud, la gestante cumple con las orientaciones indicadas, observando que las enfermedades detectadas en la gestación actual están relacionadas con alimentación inadecuada.

M^a Ángeles Tadeo López

Matrona

mariantadeo@telefonica.net