

ATENCIÓN PRENATAL EN LAS GESTANTES AFILIADAS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y VINCULADAS EN BOGOTÁ, 2005

Yolanda Sepúlveda Medina¹

RESUMEN

Introducción: En 2005 se encontraron diferencias en las tasas de mortalidad materna en Bogotá, según la condición de las usuarias en el sistema. Fue ostensiblemente mayor en el régimen subsidiado y, en términos generales, mayor a la observada en ciudades como Medellín y Cali. *Objetivo:* Describir, comparar y establecer diferencias en la integralidad y oportunidad de los servicios de salud que recibieron las gestantes antes del parto, afiliadas al régimen contributivo y las atendidas como vinculadas en Bogotá, en 2005. *Método:* Estudio descriptivo de corte transversal. Las categorías utilizadas para la descripción y comparación de los servicios fueron: integralidad y oportunidad (inicio de consultas antes del parto). *Resultados:* Hubo mayor integralidad en la atención de las gestantes afiliadas al régimen contributivo (21,5) que en las vinculadas (4,8). El 100% de las gestantes afiliadas al régimen contributivo (partos de octubre, noviembre y diciembre) empezó consultas prenatales en el primer trimestre y sólo el 50,1%, el 46,2% y el 38%, de las vinculadas, respectivamente, en cada uno de estos meses; en las consultas en el puerperio inmediato de los dos grupos (partos de octubre y noviembre) hubo diferencias significativas. *Conclusiones:* Existieron diferencias significativas entre los dos grupos evaluados, en integralidad y oportunidad de las atenciones de salud recibidas por las gestantes antes del parto.

Palabras clave: embarazo, atención prenatal, prevención primaria.

PRENATAL HEALTH CARE TO PREGNANT WOMEN BELONGING TO THE TAXPAYER HEALTH CARE SYSTEM AND TO WOMEN BELONGING TO THE SUBSIDIZED HEALTH CARE SYSTEM IN BOGOTA, IN 2005

ABSTRACT

Background: Differences were found in 2005 in the maternal mortality rates depending on the status of the users of the System in Bogota. The maternal mortality rate was higher for those in the subsidized regime, and in general it was greater for Bogota than the rate of other cities such as Medellin and Cali. This is not an isolated case, and is possibly connected with the operation of the Colombian Social Health Care System (SGSSS) and other socioeconomic conditions which influence the health care results. *Aim:* To describe, compare and establish differences in the

¹ Odontóloga, Gerente de Salud e Instituciones de Seguridad Social, Magíster en Política Social. Profesional Especializada del Grupo de Investigaciones y Cooperación de la Secretaría Distrital de Salud.

integrality and opportunity of health care services received by pregnant women before labor, for those in the contributory system and for those in the subsidized system in Bogotá in 2005. *Design:* A cross-sectional study was conducted, based on the information of the database used by MPS to establish the sufficiency of UPC in 2005 and for women belonging to the subsidized system, as well as the RIPS for the same year. The categories used to describe and compare the services were integrality and opportunity (beginning of the consultations before labor). *Results:* There was greater integrality in the service rendered to pregnant women belonging to the contributory system (21.5) than the one rendered to those of the subsidized system (4.8). 100% of the pregnant women of the contributory system (labors of October, November and December) started prenatal consultations in the first quarter whereas only 50.1%, 46.2% and 38% of the women in the subsidized system did in each one of these months. Significant differences were found during the immediate puerperium in the consultations for the two groups (labors of October and November). *Conclusions:* There were significant differences between the two groups assessed regarding the integrality and opportunity of the health care service received by pregnant women before labor.

Keywords: Pregnancy, prenatal care, preventive care.

Introducción

La atención en salud de las madres y los niños, con el fin de garantizar su bienestar y supervivencia, ha sido una prioridad moral y ética de la comunidad mundial y se ha vuelto un imperativo político que preocupa a todos los gobiernos y se refleja en políticas que trascienden los Estados nacionales. De este modo, los organismos internacionales interesados en promover los temas de interés mundial impulsan estrategias colectivas en pro del logro de metas comunes que benefician a la humanidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la mortalidad materna sigue siendo un gran problema. El total anual en el mundo es de 529.000 defunciones, de ellas unas 68.000 se dan como consecuencia de un aborto peligroso; pero la mayoría ocurren de forma imprevista durante el embarazo, durante el parto o después de éste.

En los años noventa se observaron notorios incrementos en la atención prenatal en los países en desarrollo. Los más notorios se dieron en Asia, en el Caribe y en América Latina, con la mejora en la accesibilidad y la garantía de al menos una consulta; pero es preocupantemente baja la proporción de mujeres que logra el mínimo recomendado de cuatro consultas. Además, se observa que la primera consulta tiende a darse

en período muy avanzado del embarazo, y para obtener el mejor beneficio es necesario el inicio temprano del control prenatal (1).

La atención prenatal les ayuda a las mujeres embarazadas a afrontar los problemas de salud que puedan surgir y que deben ser controlados para que no amenacen su supervivencia antes de dar a luz. Si bien es cierto que la mayor cantidad de muertes no se da durante este período, se calcula que una de cada cuatro se produce durante el embarazo (1).

Se han determinado tres causas de la mortalidad durante el embarazo: (i) complicaciones del propio embarazo: preeclampsia y eclampsia, que afectan al 2,8% de las gestantes en países en desarrollo y al 0,4% en los países desarrollados y cobran anualmente en el mundo alrededor de 63.000 muertes; hemorragias causadas por el desprendimiento prematuro de placenta o por placenta previa, que afectan a un 4% de las embarazadas. (ii) Enfermedades que se dan casualmente con la gestación y que pueden verse agravadas o no por ésta: malaria, anemia, VIH/sida durante el embarazo, tuberculosis y malnutrición, y que pueden complicarse o agravarse durante el embarazo. Y (iii) efectos negativos de los modos de vida poco saludables en el desenlace del em-

barazo; hábitos insalubres como el consumo de alcohol, tabaco y drogas (1).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la atención prenatal se dan tres oportunidades que deben aprovecharse al máximo: (i) brindar la oportunidad de promover modos de vida sanos que mejoran los resultados en salud tanto para la madre como para el bebé; (ii) ofrecer la oportunidad de establecer un plan de parto e informar sobre los posibles imprevistos y (iii) permitir preparar a las embarazadas para el papel de madre y para lo que sigue después del parto, que ayuda a crear un ambiente favorable que responda a las necesidades del recién nacido (1).

En cuanto a cobertura, se debe buscar la forma de ofrecer, al menos, cuatro controles prenatales durante cada embarazo y comenzarlos lo más temprano posible para lograr que las intervenciones sean realmente efectivas. Según la OMS (1), los servicios de salud se deben ajustar a las necesidades de las mujeres, sobre todo las más jóvenes, para propiciar mejoras en la utilización de los servicios de atención prenatal. Por lo tanto, la pregunta no debería ser: ¿por qué no aceptan las mujeres los servicios que les ofrecemos?, sino ¿por qué no ofrecemos un servicio que sea aceptado por las mujeres?

Uno de los objetivos del estudio (2), a través del cual se obtuvo la información para este artículo, fue describir los servicios de salud prestados antes del parto a las gestantes de régimen contributivo y las atendidas como vinculadas en Bogotá D. C., en el 2005, para establecer diferencias, si era el caso, en las características de estos servicios de salud, que posiblemente influyeron en los resultados finales en salud de esta población.

Su alcance fue básicamente la descripción y comparación de las características de los servicios de salud, definidas entre los grupos de gestantes objeto de estudio; la formulación de hipótesis sobre las situaciones que pudieron generar diferencias, y el planteamiento de recomendaciones generales de política tendientes a minimizarlas. Este artículo sólo alude a la metodología y resultados de la evaluación de la atención prestada

antes del parto, en términos de integralidad y oportunidad de los servicios de salud que les fueron prestados.

La fuente del estudio estuvo constituida por los registros de las bases de datos del régimen contributivo utilizadas para el estudio de la suficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC) (3) en el 2005 y los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de las gestantes atendidas en Bogotá en el mismo año (4); además, se emplearon herramientas estadísticas de tipo descriptivo y de significancia a lo largo del estudio.

Materiales y métodos

Método y diseño

Fue un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que, entre otras categorías, se analizaron la integralidad y la oportunidad de los servicios de salud prestados antes del parto a las gestantes en Bogotá, afiliadas al régimen contributivo y vinculadas, durante el 2005, para establecer si existían diferencias, según su condición en el sistema.

Universo

La población estuvo constituida por las gestantes del Distrito Capital que recibieron atenciones de salud antes del parto, bien a través de régimen contributivo o en su condición de vinculadas.

Recolección de información

Se tomaron como fuentes de información las siguientes bases de datos:

- La de prestación de servicios de salud en Bogotá de empresas promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo, MPS-BDES. Para garantizar la calidad y cobertura de la información en el estudio, se seleccionaron las EPS del régimen contributivo que prestaron servicios de salud a las gestantes en el 2005 (3). En primera instancia, se tomó la información de las EPS del régimen contributivo seleccionadas por el Ministerio de la Protección

Social para el estudio de suficiencia de UPC, que utilizó criterios de calidad y de cobertura de la información. De este modo, se escogieron las siguientes EPS: EPS001, EPS008, EPS010, EPS017 y EPS033 (3). Para el estudio de referencia del artículo hubo una selección adicional, que consistió en someter la información de todas las EPS (en total 17) a un análisis estadístico descriptivo (media, mediana, percentil 75) de las frecuencias de uso² de los servicios de salud prestados a las gestantes. Como resultado fueron seleccionadas, adicionalmente, las EPS 013 y 016 del régimen contributivo, cuyo valor de frecuencia de uso fue igual o mayor al valor del percentil 75 (24,3), y cuyas frecuencias de uso fueron 37,3 y 27,3 respectivamente. Así fueron tomadas para el estudio las siete EPS de régimen contributivo que tenían información de mejor calidad y con mayor cobertura.

- Base de datos de los RIPS de la población vinculada atendida en Bogotá. En el caso de las atendidas como vinculadas, se tomó la totalidad de la información, pues ésta tenía procesos previos de validación realizados por el ente territorial y una cobertura del 95% (4).

La información consignada en este artículo sólo contempla la evaluación de la integralidad y la oportunidad de las atenciones de salud prestadas a las gestantes antes del parto.

Categorías de análisis

Integralidad de la atención prenatal

Para este estudio se definió la integralidad como la identificación adecuada de la gama completa de necesidades de salud de los pacientes y la disposición óptima de los recursos para manejarlas (5). Se midió teniendo en cuenta el conjunto in-

tegral de actividades en salud que se le prestaron a las gestantes antes del parto de acuerdo con lo establecido en la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo de la Resolución 412 de 2002 (6) (Tabla 1).

Oportunidad en el inicio de la atención prenatal

Se definió como la posibilidad que tuvo la gestante de obtener los servicios que requería sin que se presentaran retrasos que pusieran en riesgo su vida o su salud; esto también se relacionó con la coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (7). En su medición fue relevante el criterio del inicio del control prenatal en el primer trimestre del embarazo (Tabla 2).

Evaluación de la integralidad de las atenciones de salud

Se tomó como referencia lo establecido en el Acuerdo 412 de 2002 (6), específicamente el paquete de detección temprana de alteraciones del embarazo, en el cual se establecen el mínimo de actividades en salud que deben ser prestadas a las gestantes, antes del parto. En el procesamiento de la información se tomaron las gestantes que tuvieron sus partos en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2005 y se utilizaron los códigos CUPS de estas actividades para la identificación y evaluación en el período de nueve meses, tomando como referencia la fecha de parto hacia atrás. La comparación de los hallazgos se hizo con los estándares de la OMS (1) y la norma técnica.

Evaluación de la oportunidad en el inicio de las atenciones de salud antes del parto

La evaluación de la oportunidad del inicio de las atenciones prenatales se hizo identificando el mes de la primera atención y las consultas que les fueron prestadas (se tomaron cuatro consultas trazadoras), a través de los códigos CUPS (8) establecidos para tal fin en la Tabla 1; posteriormente, se determinó el trimestre del embarazo en el cual fueron prestadas estas consultas.

2 Número de veces que se presenta una actividad, intervención o procedimiento entre el número de afiliados objeto de estudio.

Tabla 1
Descripción de la categoría de análisis integralidad en la atención prenatal

Dimensiones de la variable	Cada una de las actividades que conforman el paquete de detección temprana de alteraciones del embarazo, que se relacionan a continuación: Consulta de primera vez por medicina general (890201) Consulta por médico especializado de primera vez (890202) Consulta por enfermería de primera vez (890205) con diagnóstico relacionado con el embarazo y puerperio Consulta de control o de seguimiento por medicina general (890301) Consulta por médico especializado de control (890302) Consulta de control o de seguimiento por enfermería (890305) Administración de toxoide diftérico y tetánico (993105 o 993107 o A2002) Hemograma completo (902207-11) Hemoclasificación (902212) Serología VDRL en suero o LCR (906916) Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria (907106) Glucosa en suero (903841-903845) Ultrasonografía obstétrica (881431-35) Citología cervical (898009) VIH 1 y 2, anticuerpos (906249, 906250, 906330) Información, educación y comunicación en salud (990101-990213 o A10001-A10502 o A22001)
Definición operacional	Concentración de actividades del paquete de detección temprana de alteraciones del embarazo=Número de actividades del paquete prestadas a las gestantes/ Número de partos en el período analizado
Estándar esperado	Concentración=22 actividades desagregadas así: (890201 o 890202)=1 (890205, 890301, 890302 o 890305)=9 (993105 o 993107)=1 (902207-11)=1 (902212)=1 (906916)=1 (907106)=3 (903841-5)=1 (881431-5)=1 (898009)=1 (906249, 906250, 906330)=1 (990101-990213 o A10001-A10502 o A22001)=1

Fuente: *Norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo.*

Tabla 2
Descripción de la categoría de análisis oportunidad en el inicio de la atención prenatal

Dimensiones de la variable	Consulta por médico general de primer vez (890201) con diagnóstico relacionado con el embarazo Consulta por médico general de control (890301) con diagnóstico relacionado con el embarazo Consulta por médico especializado de primera vez (890202) con diagnóstico relacionado con el embarazo Consulta por médico especializado de control (890302) con diagnóstico relacionado con el embarazo
Definición operacional	Trimestre de inicio de CPN=mes de atención del parto (octubre, noviembre y diciembre)–nueve meses/3 Porcentaje de gestantes que tuvieron su CPN en el primer trimestre=número de gestantes que empezaron a tener sus CPN en el primer trimestre de su embarazo/número de gestantes que tuvieron sus partos en un mes determinado (octubre, noviembre y diciembre)×100
Estándar esperado	Primer trimestre del embarazo

CPN: control prenatal.

Fuente: Norma técnica de Detección temprana de alteraciones del embarazo y estándar de OMS.

Plan de análisis

En la descripción del comportamiento de las actividades de salud definidas, prestadas a las gestantes que tuvieron sus partos en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2005, se utilizaron proporciones aritméticas que permitieron caracterizar cada uno de los grupos de actividades del paquete.

La integralidad se midió a través de la concentración de actividades prestadas a las gestantes en cada uno de los grupos, en comparación con el estándar establecido por la OMS y la norma técnica. De la misma forma se compararon los resultados obtenidos por cada uno de los grupos de estudio y se identificaron posibles diferencias.

En cuanto a la integralidad, para determinar si las diferencias halladas entre los grupos de gestantes analizados fueron significativas, se sometieron a la prueba de ji cuadrado de equivalencia de proporciones (independencia), con un grado de libertad, 99% de confiabilidad y valor alfa de 0,01.

La oportunidad en el inicio del control prenatal en las gestantes se midió a través del trimestre antes del parto en el cual se iniciaron

las consultas (cuatro consultas trazadoras) de acuerdo con el estándar establecido por la OMS y la norma técnica. Se describieron en detalle los hallazgos y se observó si existían diferencias entre las gestantes afiliadas al régimen contributivo y las atendidas como vinculadas.

De acuerdo con esos resultados, se hizo un proceso descriptivo y comparativo en cada uno de los grupos y entre grupos para establecer diferencias. Una vez establecidas las diferencias en la oportunidad entre los grupos objeto de análisis, y para definir si éstas fueron o no significativas, se sometieron a la prueba de ji cuadrado de equivalencia de proporciones (independencia), con un grado de libertad, 99% de confiabilidad y valor alfa de 0,01.

En el análisis de las dos categorías se tuvo el cuidado de incluir sólo la información de aquellas gestantes que, además de los partos, reportaron alguna de las actividades previstas para la medición de la integralidad (actividades de paquete de 412) y oportunidad (cuatro actividades trazadoras). Eso explica que los denominadores para el análisis sean distintos en cada una de ellas (Tabla 3).

Tabla 3
Número de gestantes con partos para el análisis de integralidad y oportunidad

Grupo de gestantes	Número de gestantes con partos (octubre noviembre y diciembre, 2005)		
	Para el estudio	Para análisis de integralidad	Para análisis de oportunidad
Afiliadas al régimen contributivo	7.919	6.387	6.163
Atendidas como vinculadas	3.615	2.995	2.957
Total	11.534	9.382	9.120

Resultados

Integralidad de las atenciones prestadas en el control prenatal

En la cohorte de las gestantes que tuvieron sus partos en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2005 se encontró que el 19% (1.532) de las gestantes afiliadas al régimen contributivo y el 17% (620) de las atendidas como vinculadas no reportaron actividades del paquete. Para el análisis de la integralidad en la atención de las gestantes se tomaron sólo aquellas de las cuales se reportaron actividades de este paquete, tanto de régimen contributivo y atendidas como vinculadas, es decir 6.387 y 2.995, respectivamente (Tabla 4).

Un análisis general de las actividades del paquete de detección temprana de alteraciones del embarazo, prestadas a los dos grupos de gestantes analizados, permite evidenciar que 53 de cada 100 actividades del paquete las constituyeron consultas propiamente dichas y 47 se distribuyeron entre vacunas, exámenes complementarios (de laboratorio y ultrasonografía) y acciones de educación y promoción de la salud.

Con los resultados de la Tabla 4 se evidenció una diferencia en la integralidad en las atenciones de salud que recibieron las gestantes afiliadas al régimen contributivo antes del parto (21,5), que es mayor a la integralidad con que fueron atendidas las gestantes atendidas como vinculadas (4,8).

Una vez sometida esta diferencia a un análisis de significancia estadística, a través de la prueba de ji cuadrado de equivalencia de proporciones (independencia), con un grado de libertad, 99% de confiabilidad y valor alfa de 0,01, se encontró que la diferencia hallada fue significativa.

Oportunidad de las atenciones de salud prestadas a las gestantes antes del parto

En la cohorte de las gestantes que tuvieron sus partos en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2005 se encontró que el 22% (1.756) de las gestantes afiliadas al régimen contributivo y el 18% (658) de las atendidas como vinculadas no reportaron ninguna de las actividad definidas como trazadoras. Para el análisis de la oportunidad en las atenciones prestadas antes del parto se tomaron sólo aquellas que reportaron alguna de estas actividades antes del parto, de régimen contributivo y las atendidas como vinculadas, es decir 6.163 y 2.957, respectivamente.

Según los hallazgos del estudio, las gestantes afiliadas al régimen contributivo que tuvieron sus partos en diciembre, iniciaron sus controles prenatales en el primer trimestre de su embarazo; mientras que en las gestantes atendidas como vinculadas sólo el 50% de ellas empezaron a recibir atenciones prenatales en este período del embarazo (Tabla 5).

Tabla 4

Integralidad de las atenciones del control prenatal en las gestantes atendidas afiliadas al régimen contributivo y vinculadas, Bogotá (2005)

Descripción	Régimen contributivo	%	Vinculadas	%	Total	%
Consulta de primera vez por médico general	14.660	10,7	3.061	21,1	17.721	11,7
Consulta de primera vez por médico especializado	10.209	7,4	2.346	16,2	12.555	8,3
Consulta de primera vez por enfermería	501	0,4	891	6,2	1.392	0,9
Consulta de control o seguimiento por médico general	10.544	7,7	4.359	30,1	14.903	9,8
Consulta de control y seguimiento por médico especializado	28.980	21,1	74	0,5	29.054	19,2
Consulta de control o seguimiento por enfermería	871	0,6	3.425	23,6	4.296	2,8
Exámenes de laboratorio	38.794	28,3	19	0,1	38.813	25,6
Administración de vacunas	2.546	1,9	-	-	2.546	1,7
Exámenes de ultrasonografía	11.392	8,3	6	0,0	11.398	7,5
Información, educación y comunicación en salud	18.731	13,6	306	2,1	19.037	12,5
Total	137.228	100,0	14.487	100,0	151.715	100,0
Número de gestantes con atenciones del paquete	6.387 (81%)		2.995 (83%)		9.382	
Concentración de actividades según las gestantes con atenciones del paquete	21,5		4,8		16,2	

Tabla 5

Oportunidad en el inicio de las atenciones prenatales de las gestantes afiliadas al régimen contributivo y las atendidas como vinculadas en Bogotá, 2005

Grupo de gestantes evaluadas	Parto	No. de gestantes que tuvieron sus partos	No. de atenciones recibidas en el primer trimestre	Concentración de actividades en el primer trimestre	No. de atenciones recibidas en el segundo trimestre	Concentración de actividades en el segundo trimestre	No. de atenciones recibidas en el tercer trimestre	Concentración de actividades en el tercer trimestre
Afiliadas al régimen contributivo	Dic.	1.990	5.292	2,7	6.523	3,3	7.125	3,6
	Nov.	2.016	5.562	2,8	7.183	3,6	7.113	3,5
	Oct.	2.157	5.914	2,7	7.990	3,7	8.175	3,8
Atendidas como vinculadas	Dic.	867	435	0,5	844	1,0	1.445	1,7
	Nov.	858	397	0,4	347	0,4	1.467	1,7
	Oct.	1.232	478	0,4	1.541	1,3	2.298	1,9

En las gestantes que tuvieron sus partos en noviembre se observa un comportamiento similar para las afiliadas al régimen contributivo, pues todas ellas accedieron, como mínimo, a una consulta en el primer trimestre. En el caso de las atendidas como vinculadas, ellas siguieron observando concentraciones bajas de consultas en ese período, a tal punto que incluso menos del 50% de ellas accedieron a consultas prenatales en su primer trimestre de embarazo.

El inicio de las consultas prenatales de las gestantes afiliadas al régimen contributivo que tuvieron sus partos en octubre se dio para todas ellas (100%) en el primer trimestre de su embarazo, al igual que las que tuvieron sus partos en noviembre y diciembre; adicionalmente, cada una de ellas recibió mínimo dos consultas en el trimestre. En el caso de las que fueron atendidas como vinculadas, siguieron observando muy bajas concentraciones en el primer trimestre: sólo el 39% de ellas recibió alguna consulta en ese período.

Existieron diferencias entre los dos grupos analizados, pues mientras que en el 100% de las gestantes afiliadas al régimen contributivo que tuvieron sus partos en los meses de octubre, noviembre y diciembre se empezaron los controles prenatales en el primer trimestre, en el grupo de las vinculadas ocurrió lo mismo sólo para el 50,1%, el 46,2% y el 38% de las gestantes, respectivamente. Esta diferencia favoreció a las gestantes afiliadas al régimen contributivo, puesto que las atenciones recibidas antes del parto alcanzaron el estándar establecido por la OMS y la norma técnica de la Resolución 412 (6).

Una vez fue sometido este resultado a la prueba de ji cuadrado de equivalencia de proporciones (independencia), con un grado de libertad, 99% de confiabilidad y valor alfa de 0,01, se encontró que la diferencia hallada fue significativa.

Discusión

La evaluación de los servicios de salud prestados a las gestantes afiliadas al régimen contributivo y las atendidas como vinculadas, en Bogotá, en

2005, permitió evidenciar diferencias significativas entre unas y otras, en integralidad y oportunidad en el inicio de las atenciones prenatales.

La relevancia de las atenciones en salud prestadas a las gestantes antes del parto se hace visible en la disminución de la mortalidad tanto infantil como materna. En diversos estudios sobre el tema es reiterativa la prioridad de brindar una atención en salud oportuna, segura, integral y continua a las gestantes antes del parto. Si bien es cierto, dentro de la revisión bibliográfica nacional e internacional no se encontraron estudios similares acerca de servicios de salud prestados a las gestantes, en cuanto a fuentes de información y categorías de análisis, sí se hallaron algunos cuyos resultados ofrecen la posibilidad de comparar en algunos casos puntuales, guardando la debida cautela en este ejercicio.

Los hallazgos en la integralidad de las atenciones de salud prestadas antes del parto de las gestantes afiliadas al régimen contributivo y las atendidas como vinculadas en Bogotá, en 2005 (concentración de 8,8 para los dos grupos), son mayores a los reportadas en otros informes y estudios de años anteriores y pueden ser contrastados. En uno de ellos, el informe de la Veeduría Distrital para Bogotá en el 2003 (9), se precisó que del total de nacimientos en Bogotá en ese año, el 24,5% de las madres había realizado cuatro o menos visitas al médico, y esta cifra fue similar a la observada en Medellín en el mismo año (24,9%), pero un poco superior a la observada en Cali (22,8%).

De la misma manera, este estudio (9) concluyó que el tinientestudio para Bogotá bajo peso al nacer en Bogotá estaba directamente relacionado con el control prenatal, y a medida que se aumentó el número de consultas en este período, disminuyó el riesgo de nacimiento antes del tiempo normal de gestación. Finalmente, el informe reportó que en 2004 los controles prenatales mejoraron, pues aumentó la proporción de mujeres con cinco o más consultas.

Este último hallazgo en 2004 fue inferior al obtenido en el estudio reportado, respecto a las gestantes afiliadas al régimen contributivo en Bogotá, en 2005 (10,7 consultas); pero mayor al observado por las gestantes atendidas como vinculadas (4,8). Según lo observado por el estudio de la Veeduría Distrital, las atenciones prenatales han tenido una tendencia creciente desde el 2003. Posiblemente, esta tendencia obedece a la expedición de las normas técnicas para la atención de las gestantes en Colombia, de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del Sistema, a través de la Resolución 412 de 2002 (6).

En el caso de las gestantes atendidas como vinculadas, también es importante tener en cuenta que el registro de las actividades que les fueron prestadas pudo estar influenciado en gran medida por la forma de pago, que en este caso fue por paquete de atención, en el cual no se privilegia el registro de la totalidad de las actividades realizadas para el pago correspondiente.

Es tan relevante el tema de la atención prenatal en la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil en el país que otras ciudades también se han preocupado por evaluar la incidencia de la atención en salud en ese período del embarazo. Así es como en un estudio de casos y controles realizado en Medellín en el 2005 (10) se encontró que la ausencia de controles antes del parto se comportó como un factor de riesgo con una asociación fuerte a la mortalidad materna.

También relacionó el riesgo de la mortalidad materna con un inadecuado manejo de los factores de riesgo, aun con control prenatal, que incrementó la morbilidad de la mujer embarazada. Este estudio concluyó que no sólo cuenta que se realice el control prenatal, sino que éste sea de calidad y que realmente detecte los riesgos en el embarazo oportunamente y los maneje de la forma más adecuada.

En relación con otros países suramericanos (11), un análisis multicéntrico hecho con infor-

mación de Argentina, Chile, Perú, Paraguay y Uruguay evaluó la gravedad, la proporcionalidad y el riesgo de muerte de recién nacidos de muy bajo peso con restricción del crecimiento fetal. Encontró que la ausencia de control prenatal fue el único antecedente potencialmente controlable asociado de manera sistemática con ese desenlace.

En la bibliografía revisada no se encontraron estudios similares anteriores que evaluaran la oportunidad en el inicio de las atenciones de salud prenatales en las gestantes atendidas en Bogotá, ni en otras ciudades del país, que permitieran comparar los resultados del estudio que se toma como referencia para este artículo. No obstante, sí se puede comparar con un estudio mexicano basado en la revisión de historias clínicas (12), el cual concluyó que el 48,6% de las mujeres cuyo embarazo culminó en parto o cesárea inició su atención prenatal en el primer trimestre.

La oportunidad en el inicio de las atenciones prenatales de las gestantes afiliadas al régimen contributivo atendidas en el 2005 en Bogotá (100%) fue superior a la hallada en este estudio para México; en tanto que el observado en las gestantes vinculadas fue similar (46,2% y 50,1%), en las gestantes que tuvieron sus partos en los meses de noviembre y diciembre, respectivamente.

La dinámica del funcionamiento del SGSSS en Colombia (13,14) y el cumplimiento de múltiples procesos administrativos por parte de los actores pueden estar generando algunas diferencias en los resultados de salud de la población. Esto se evidencia en los resultados de las tasas de mortalidad materna en el 2005, que dejan ver diferencias entre las usuarias afiliadas al régimen contributivo, al régimen subsidiado y las atendidas como vinculadas. En ese año, la tasa de mortalidad materna fue ostensiblemente mayor en el régimen subsidiado y, en términos generales, fue mayor a las observadas en ciudades como Medellín y Cali.

Una de las limitantes del estudio que se toma como referencia para este artículo es la información, que si bien tras procesos de depuración y de calidad previos permiten hacerla comparable y de gran utilidad como única fuente indirecta de los servicios de salud prestados a las gestantes, no podría ser utilizada para hacer inferencias a grupos poblacionales grandes y, mucho menos, para establecer relaciones de causalidad.

Los resultados aquí presentados sólo pueden aplicarse a las gestantes afiliadas a las EPS del régimen contributivo seleccionadas en el estudio y no a la totalidad de gestantes afiliadas. En el caso de las vinculadas, estos resultados son de utilidad para el ente territorial, a fin de implementar estrategias tendientes a mejorar la atención en salud de las gestantes y a lograr las metas propuestas en términos del mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad.

Los resultados y las conclusiones de este estudio se convierten en un conocimiento adicional sobre integralidad y oportunidad de las atenciones de salud prenatales que recibieron las gestantes afiliadas al régimen contributivo y las atendidas como vinculadas en la ciudad, con las limitantes ya expuestas. En todo caso, y en ausencia de estudios similares, es una fuente importante de información para fortalecer las acciones de rectoría del Estado, orientadas al mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las gestantes en la ciudad y en Colombia.

Recomendaciones

La Constitución colombiana, en su artículo 46, garantiza el acceso a la seguridad social a toda la población; no obstante, en el campo de la seguridad social en salud se ha observado que la afiliación no garantiza un acceso real y equitativo a los servicios de salud. A partir de la Ley 100 de 1993 se instauró en el país un sistema de salud plural estructurado, fundamentado en el aseguramiento, que le exige del

Estado, especialmente, el fortalecimiento de la función rectora que garantice que los actores involucrados cumplan con eficacia, eficiencia, efectividad y equidad las funciones que les fueron encomendadas.

En el contexto de este sistema, el Estado debe garantizar el derecho a la salud de las madres y los menores de un año de edad, entendido como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención en salud oportuna y adecuada, sino también el abordaje de los principales factores determinantes de la salud. Con esta visión, el Estado debe respetar el derecho a la salud, abstenerse de limitar el acceso a todas las personas, protegerlo adoptando leyes u otras medidas para velar por el acceso a la atención en salud y vigilar y controlar que los actores privados del sistema (como en el caso colombiano) no representen una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud (15).

En este contexto de derechos y de acuerdos internacionales asumidos por el país y la ciudad, el Estado debe implementar acciones concretas que garanticen la atención prenatal integral, oportuna, continua y segura de las gestantes en nuestro país.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2005.
2. Sepúlveda Y. Servicios de salud prestados a las gestantes y menores de un año afiliadas a régimen contributivo y las atendidas como vinculadas en Bogotá, 2005. s. d.; 2008.
3. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud-Unidad de Pago por Capitación 2006. Bogotá: Ministerio; 2006.
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. ¿Qué nos dicen las estadísticas de la demanda de la población y el desempeño de mi hospital? Bogotá: Secretaría; 2007.
5. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecno-

- logías. Barcelona: Masson-Fundació Jordi Col i Gurina, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2004.
6. Resolución 412 de 2002/25 de febrero, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de la Protección Social.
 7. Decreto 1011 de 2006/3 de abril, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social.
 8. Resolución 2333 de 2000/11 de septiembre, por la cual se adopta la Primera Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Ministerio de la Protección Social.
 9. Veeduría Distrital. Cómo avanza el sector salud en el Distrito Capital. Bogotá: Veeduría; 2006.
 10. Torres de Galvis Y, Montoya Vélez LP, Cuartas Tamayo JD, Osorio Gómez JJ. Factores asociados a mortalidad materna: estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003. Rev CES Med [internet]. 2005 [citado 2007-12-18];19(2):19-45. Disponible en: http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol19_2/Mortalidad_materna.pdf.
 11. Grande C, Tapia J, Marshall G. Grupo Colaborativo NEOCOSUR. [internet]; [citado 2007-04-12]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=75572005000400005&lng=pt>.
 12. Garza Elizondo ME, Rodríguez Casas MA, Villarreal Ríos E, Salinas Martínez AM, Mayela Núñez G. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. Rev Esp Salud Pública [internet]. 2003 [citada 2007-09-24];77(2): 267-74. Disponible en: http://www.scielosp.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11357272003000200009&lng=es&nrm=iso.
 13. Ley 100 de 1993/23 de diciembre, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148.
 14. Ley 1122 de 2007/9 de enero, por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
 15. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 período de sesiones. Observación General No 14. Ginebra, 12 de mayo de 2000.

Conflicto de intereses: la autora niega tener conflicto de intereses.

Correspondencia
Yolanda Sepúlveda Medina
Secretaría Distrital de Salud
Edificio Administrativo, tercer piso
Carrera 32 N°. 12-81
Bogotá, Colombia
ysepulveda@saludcapital.gov.co
ysepulveda1@yahoo.es

Recibido para evaluación 26-07-10
Aceptado para publicación: 03-09-10