

Utilización del Seguro Popular de Salud en mujeres embarazadas

José Martín Castro-Espinoza,^a Abraham Zonana-Nacach,^{b*} Ana María Valles-Medina^c
y Héctor Rivera-Valenzuela^c

^aHospital General de Tijuana, Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, Tijuana, Baja California, México,

^bUnidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California, México

^cFacultad de Medicina y Psicología, Universidad Autónoma de Baja California, Campus Tijuana, Baja California, México

Recibido en su versión modificada: 12 de agosto de 2009

Aceptado: 14 de agosto de 2009

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el uso del Seguro Popular de Salud (SPS) durante el embarazo y los factores asociados con su adquisición.

Métodos: De noviembre de 2006 a enero de 2007 fueron invitadas a participar en el estudio las mujeres que se encontraban en puerperio inmediato, hospitalizadas en el Hospital General de Tijuana, Baja California. Se aplicó un interrogatorio directo a través de un cuestionario estructurado, explorando variables sociodemográficas, variables relacionadas con el embarazo, trimestre en que se adquirió el SPS, consumo de tabaco y alcohol, uso de drogas, control prenatal, complicaciones durante el embarazo y parto y tiempo de estancia hospitalaria. Se realizó análisis descriptivo y bivariado para identificar las variables asociadas a la utilización del SPS.

Resultados: Se estudiaron 730 mujeres. La edad promedio fue de 23.6 ± 6.3 años, escolaridad de 7.4 ± 2.8 años y 72 % vivía en unión libre; 540 (74 %) mujeres adquirieron el SPS durante el embarazo, 36 (7%) nunca acudió a citas de control prenatal a pesar de tener SPS y solo 15 % lo tuvo desde el primer trimestre de embarazo. Las mujeres con SPS tuvieron significativamente más años de escolaridad (7.8 versus 6.8 $p = 0.003$), menor frecuencia de tabaquismo durante el embarazo (1.5 % versus 4.2 %, $p = 0.002$) y menor frecuencia de parto prematuro (7.4 versus 16.1, $p = 0.001$). El gasto catastrófico en las mujeres no afiliadas al SPS fue en promedio de 2546 ± 131 pesos.

Conclusiones: Cincuenta por ciento de las mujeres adquirió el SPS en el último trimestre del embarazo, lo cual quizás indique que la adquisición del SPS fue más para evitar el gasto catastrófico que para la utilización de los servicios de control prenatal.

Palabras claves:

Seguro popular de salud, atención prenatal, gasto catastrófico

SUMMARY

Objective: To evaluate the use of the Popular Insurance of health (PIH) during the pregnancy and the factors associated with its acquisition.

Methods: From November of 2006 to January of the 2007, women in puerperal immediate hospitalized in the General Hospital of Tijuana, BC were invited to participate in the study. A direct interrogation through a structured questionnaire was applied, exploring sociodemographic variables, variables related to the pregnancy, trimester in which SPS was acquired, consumption of tobacco and alcohol, drug use, prenatal control, complications during the pregnancy, childbirth and time of hospital stay. Descriptive and bivaried analysis was performed to identify association between variables and the use of PIH.

Results: 730 women were studied. The average age was of 23.6 ± 6.3 , schooling 7.4 ± 2.8 years and 72 % cohabitated. Five hundred and forty women (74 %) acquired PIH during pregnancy, 36 women never assist to antenatal visits despite to have PIH and only 15 % already had it from the first trimester of pregnancy. Women with SPS had statically significant higher levels of schooling (7.8 versus 6.8 $p = 0.003$), minor smoker frequency during pregnancy (1.5 % versus 4.2 %, $p = 0.002$) and minor rate of premature childbirth (3,7 versus 8,9, $p = 0.005$). The mean catastrophic expenditure in women with not PIH was 2546 ± 131 Mexican pesos.

Conclusions: Fifty per cent of women acquired the PIH in the third trimester of pregnancy this could be related more to protecting households during periods of financial crisis than for utilization of prenatal care services.

Key words:

Popular health insurance, prenatal attention, catastrophic cost

Introducción

En México, 60 % de la población carece de seguro médico,¹ por lo que en mayo de 2003 se creó el Seguro Popular de Salud (SPS) como un instrumento de transferencia

de subsidios a través de un paquete de servicios médicos para proteger a la población que no cuenta con seguridad social formal y con alto riesgo para empobrecimiento por gastos en salud.² El gasto catastrófico se define como todo gasto en salud de más de 30 % del ingreso disponible en el hogar;³ se

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Abraham Zonana-Nacach. PO Box 986, Imperial Beach, CA, 91933 USA. Correo electrónico: zonanaa@yahoo.com

ha observado que 1.5 a 4 % de los hogares mexicanos incurre en gastos catastróficos debido al embarazo.^{4,5}

En Baja California, en comparación con otros estados, sus habitantes destinan más de 25 % de su gasto total de bolsillo al pago de servicios de salud.⁶ En un estudio diseñado para conocer las condiciones en las que se realiza el control prenatal en la ciudad de Tijuana, Baja California, se identificó asociación significativa entre la falta de control prenatal y bajo ingreso familiar, dependencia económica materna, convivencia de la madre en unión libre, poca comunicación con la pareja, falta de seguro médico y presencia de un embarazo no deseado y bajo peso al nacer.⁷

En el Hospital General de Tijuana, durante 2006 se otorgaron 52 487 consultas, de las cuales 71 % fue derechohabiente del SPS y 72 % de los egresos hospitalarios fue del servicio de ginecoobstetricia. Sin embargo, la mayoría de las mujeres acude a control prenatal y atención del parto hasta el último trimestre, lo cual pudiera asociarse con complicaciones para la madre y el recién nacido. Por lo anterior, el objetivo del estudio fue conocer el uso del SPS en mujeres embarazadas, los factores asociados con su adquisición y el gasto catastrófico.

Material y métodos

El Hospital General de Tijuana pertenece al Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, cuenta con cuatro salas de atención de parto, dos quirófanos para la realización de cesáreas y atiende 600 partos y 250 cesáreas mensuales. Posterior a la atención de parto o cesárea, las pacientes permanecen en hospitalización en el servicio de ginecología por 12 a 36 horas. Durante noviembre y diciembre de 2006 y enero de 2007, las mujeres que se encontraron en puerperio inmediato hospitalizadas en el Hospital General de Tijuana fueron invitadas a participar en el estudio.

Durante la estancia hospitalaria de las pacientes, se revisó el expediente clínico y la hoja de vigilancia y atención del parto, posteriormente se realizó una entrevista directa por uno de los autores y fueron evaluadas las siguientes variables: sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación de la paciente y de la pareja, ingreso mensual familiar, si fueron o no originarias de Baja California y tiempo de radicar en Tijuana); relacionadas con el embarazo (antecedentes de empleo durante el embarazo, trimestre en que adquirió el SPS, consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo, uso de drogas y si acudió y número de citas de control prenatal); las relacionadas con el parto (parto eutócico, distócico, cesárea y edad gestacional); complicaciones durante el embarazo (infección de vías urinarias, amenaza de aborto, parto prematuro [parto antes de las 36 semanas cumplidas de gestación], enfermedad Rh, desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligohidramnios, anemia, diabetes gestacional o enfermedad hipertensiva del embarazo); complicaciones durante el parto (ruptura uterina, retención placentaria, inversión uterina, laceraciones del canal de parto, lesiones de la vulva, vagina, recto y cérvix); relacionadas con el posparto (atonía uterina, reten-

ción de restos placentarios, infección de episiotomía y hemorragia). Además, se valoró el tiempo de estancia hospitalaria y gasto por la atención del parto.

Análisis estadístico

La información se capturó y analizó con el programa SPSS versión 11.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y proporciones para variables categóricas. Para determinar las diferencias entre las mujeres con o sin afiliación al SPS se utilizó χ^2 para variables categóricas y *t* de Student para variables continuas.

Resultados

Se interrogó a 730 mujeres en puerperio inmediato, la edad y escolaridad promedio fue de 23.6 ± 6.3 y 7.4 ± 2.8 años, respectivamente; 72 % vivía en unión libre, 6 % trabajó durante el embarazo, 81 % era mantenida por la pareja, 94 % se dedicaba al hogar y el ingreso mensual familiar fue en promedio de 4242 ± 1680 pesos.

Setenta y cuatro por ciento tuvieron afiliación al SPS, de las cuales en 70 % fue otorgado por el gobierno de manera gratuita y 30 % lo compró. En 19 % de las mujeres el SPS fue adquirido antes del embarazo y en 11 % de las mujeres durante el embarazo. Las mujeres en que el SPS fue otorgado por el gobierno, 23, 38 y 38 % fue otorgado durante el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente. De las mujeres que compraron el SPS durante el embarazo, 15, 34 y 50 % lo adquirió en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente (Cuadro I).

De las 730 mujeres encuestadas, 88 % acudió a control prenatal, el número de consulta prenatal promedio por paciente fue de 4.5 ± 2.2 y 71 % tuvo un parto eutócico con una edad gestacional promedio de 38.8 ± 3.3 semanas. Dieciocho por ciento tuvo complicaciones durante el embarazo, principalmente infección de vías urinarias y amenaza de aborto; 2 % tuvo complicaciones durante el parto (inversión uterina, lesiones de vulva) y 0.5 % presentó complicaciones en el posparto (retención placentaria). La estancia hospitalaria en promedio fue de 15.2 ± 3.0 horas (Cuadro II).

Las mujeres con SPS tuvieron significativamente más años de escolaridad (7.8 *versus* 6.8 $p = 0.003$), mayor frecuencia de control prenatal (93 *versus* 74 %, $p = 0.0001$), mayor número de citas a control prenatal (4.7 *versus* 3.8, $p = 0.001$), menor frecuencia de tabaquismo durante el embarazo (1.5 *versus* 4.2 %, $p = 0.002$) y menor frecuencia de partos prematuros (7 *versus* 16.3 %, $p = 0.0001$) (Cuadro III).

Las mujeres que compraron su SPS tuvieron significativamente menos escolaridad que las que el SPS fue otorgado por el gobierno (7.4 *versus* 8.0, $p = 0.02$). Las mujeres con adquisición del SPS antes del embarazo ($n = 103$) tuvieron significativamente mayor control prenatal (98 *versus* 74 %, $p = 0.001$) y menor frecuencia de partos prematuros (5.8 *versus* 15.3 %, $p = 0.009$) que las mujeres con adquisición del SPS durante el embarazo ($n = 58$). No se observó

Cuadro I. Características sociodemográficas de las mujeres en puerperio inmediato afiliadas y no al SPS (n = 730)

Edad, $\bar{x} \pm DE$ (años)	23.6 \pm 6.3
Escolaridad, $\bar{x} \pm DE$ (años)	7.4 \pm 2.8
Estado civil, unión libre, n (%)	525 (72)
Ocupación hogar, n (%)	684 (94)
Trabajó durante el embarazo, n (%)	43 (6)
Quién la mantiene, n (%)	
La pareja	594 (81)
Los padres	98 (13)
Otros	36 (5)
No originaria de Baja California, n (%)	530 (73)
Tiempo de radicar en Tijuana, $\bar{x} \pm DE$ (meses)	143.6 \pm 111.5
Ingreso mensual familiar, $\bar{x} \pm DE$ (pesos)	4 242 \pm 1680
Con Seguro Popular de Salud, n (%)	540 (74)
Compra del Seguro Popular de Salud (%)	
Otorgado por el gobierno	379 (70)
Antes del embarazo	103 (19)
Durante el embarazo	58 (11)
Trimestre que se adquirió el SPS, n (%)	
Primero	9 (15)
Segundo	20 (34)
Tercero	29 (50)

diferencia significativa entre la edad, años de escolaridad e ingreso mensual familiar con la adquisición del SPS durante el primero, segundo o tercer trimestre del embarazo. Las mujeres que adquirieron su SPS durante el primer trimestre del embarazo tuvieron mayor edad (25.8 años) que quienes adquirieron su seguro popular durante el segundo (23.2 años) o tercer trimestre del embarazo (23.7 años, $p = 0.06$).

Ciento noventa de las mujeres estudiadas no estaban afiliadas al SPS y en promedio el gasto por atención del parto fue de 2546 \pm 131 pesos; 23.2, 2.6 y 0.3 % pagó por la atención del parto 2500, 2890 y 3190 pesos, respectivamente.

Cuadro II. Antecedentes ginecoobstétricos y complicaciones del embarazo, parto y posparto de las mujeres embarazadas (n = 730)

Fumó durante el embarazo, n (%)	16 (2)
Consumió alcohol durante el embarazo, n (%)	3 (0.4)
Uso drogas durante el embarazo, n (%)	7 (1)
Acudió a control prenatal, n (%)	643 (88)
Número de veces de consulta prenatal, $\bar{x} \pm DE$	4.5 \pm 2.2
Parto eutócico, n (%)	541 (74)
Edad gestacional, $\bar{x} \pm DE$ (semanas)	38.8 \pm 2.3
Parto prematuro (≤ 36 semanas), n (%)	69 (9.5)
Complicaciones durante el embarazo, n (%)	135 (18)
Complicaciones durante el parto, n (%)	15 (2)
Complicaciones durante el posparto, n (%)	4 (0.5)
Estancia hospitalaria, $\bar{x} \pm DE$ (horas)	15.2 \pm 3.0

Discusión

Nuestro estudio es el primero en evaluar el uso del SPS durante el embarazo. El SPS fue principalmente otorgado por el gobierno; 50 % lo adquirió durante el tercer trimestre del embarazo. Como era de esperar, las mujeres con SPS tuvieron mayor número de consultas de control prenatal. Sin embargo, 36 (6.7 %) de las 540 mujeres con SPS nunca acudieron a control prenatal. La adquisición del SPS se asoció significativamente con más años de educación, menor frecuencia de tabaquismo durante el embarazo y menor frecuencia de parto prematuro.

A partir del 2001 se inició en México el proceso de diseño, legislación e implementación de la Reforma Mexicana de Salud. Un compromiso clave de ésta fue la creación del SPS, que pretende extender la cobertura del aseguramiento médico por siete años a la población que no cuenta con seguridad social. La reforma incluyó cinco acciones: la ley para garanti-

Cuadro III. Diferencias entre las mujeres embarazadas con o sin la afiliación al SPS (n = 730)

Variable	Seguro Popular de Salud		<i>p</i>
	Sí (n = 540)	No (n = 190)	
Edad, $\bar{x} \pm DE$ (años)	23.8 \pm 6.7	22.8 \pm 6.3	0.06
Escolaridad, $\bar{x} \pm DE$ (años)	7.8 \pm 2.7	6.8 \pm 3.0	0.003
Estado civil, unión libre, n (%)	390 (72)	138 (71)	0.75
Trabajó durante el embarazo, n (%)	30 (5.8)	13 (6.8)	0.51
Originarias de Baja California, n (%)	138 (26)	62 (33)	0.06
Ingreso mensual (pesos)	4294	4094	0.15
Tiempo de radicar en Tijuana (meses)	144	140	0.74
Acudieron a control prenatal, n (%)	503 (93)	140 (74)	0.001
Número de consultas, $\bar{x} \pm DE$	4.7 \pm 2.0	3.8 \pm 2.3	0.001
Parto eutócico, n (%)	294 (73)	147 (77)	0.23
Complicaciones durante el embarazo, n (%)	94 (17.4)	41 (21.6)	0.20
Complicaciones durante el parto, n (%)	12 (2.2)	3 (1.6)	0.20
Complicaciones posparto, n (%)	3 (6)	1 (5)	0.72
Fumó durante el embarazo, n (%)	8 (1.5)	8 (4.2)	0.002
Parto prematuro (≤ 36 semanas gestación), n (%)	38 (7)	31 (16.3)	0.0001

zar el derecho a la protección a la salud para las familias afiliadas, la creación de un paquete de salud, la asignación de recursos a secretarías estatales de salud descentralizadas, la división de los recursos federales en fondos independientes para los servicios de salud personales y no personales, y la creación de fondos para garantizar recursos cuando se presenten eventos catastróficos en salud.⁸

Se han examinado datos para evaluar esta reforma y entre los principales hallazgos se encuentran que la afiliación al SPS es preferentemente en comunidades pobres y marginadas, los afiliados al SPS utilizan más los servicios tanto a nivel ambulatorio como para pacientes externos y hospitalizados en comparación con los no asegurados, y los gastos catastróficos para los afiliados al SPS son más bajos que el de los no asegurados.⁹ La probabilidad de afiliarse al SPS es mayor en las familias que viven cerca de un centro de salud equipado para proporcionar el paquete de servicios de esenciales del SPSS y en los hogares pobres con niveles bajos e intermedios de desarrollo; el porcentaje mayor de afiliados se ubica en el segundo decil más bajo de ingresos familiares (21 %) seguido del decil más pobre (19 %).⁹ Estudios realizados para evaluar los factores asociados con el acceso al control prenatal han demostrado que la educación y la ayuda social fueron las variables más importantes asociadas a la utilización de los servicios prenatales.¹⁰ Asimismo, otras investigaciones han demostrado asociación significativa entre baja escolaridad y unión libre con bajo peso al nacer.⁷ Aunque en nuestro estudio no hubo asociación entre la no adquisición del SPS con mortalidad materna o perinatal, está bien documentado que un insuficiente número de consultas prenatales y una falla para cumplir con los estándares de los cuidados de labor, parto y del recién nacido son factores asociados con mortalidad perinatal.¹¹ Los principales factores relacionados con un control prenatal insuficiente son la baja educación materna, bajo ingreso mensual familiar, no tener pareja y la ausencia de alguna enfermedad de la madre durante el embarazo.¹⁰⁻¹⁴ La frecuencia de mujeres que tuvieron control prenatal (88 %) fue similar a la informada previamente,^{12,13} sin embargo, solo 50 % tuvo cuatro o más visitas, lo cual quizá indique que la adquisición del SPS fue más para evitar el gasto catastrófico que para la utilización de los servicios de control prenatal.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones ya que en no todas las mujeres con adquisición del SPS su parto fue atendido en el Hospital General de Tijuana sino en otra institución.

Incurrir en gastos catastróficos por la ocurrencia de un parto siempre está latente,^{3,4} particularmente en Baja California, estado en el que se destina más de 25 % de gasto total de bolsillo al pago de servicios de salud.⁶ En este estudio encontramos que 190 de las mujeres encuestadas no estaban afiliadas al SPS y tuvieron gasto por atención del parto con un promedio de 2546 pesos, en tanto que el ingreso mensual familiar fue en promedio de 4094 pesos mensuales, lo cual

ocasionó un gasto catastrófico debido a que el pago del parto directamente de gasto de bolsillo superó 62 % de su ingreso mensual. Aunque no hubo diferencia en las horas o días de estancia hospitalaria entre las mujeres con o sin SPS, la estancia hospitalaria fue en promedio de 15 horas, lo cual aumentó los costos de atención para las mujeres no afiliadas al SPS, ya que el parto normal consume la mayor proporción de costos totales en la atención materno-infantil.¹⁴

En conclusión, es necesario que la mayoría de la población que no cuenta con seguridad social tenga el SPS con el fin de lograr la cobertura universal de servicios de salud en la población mexicana, lo cual ocasionaría una disminución de las complicaciones durante el embarazo, parto y perinatales, y una disminución de gastos catastróficos que conlleva a la pobreza de la población. Es necesario estudiar las características de distintos grupos vulnerables de la población, usuarios y no usuarios del SPS y comparar sus características y gastos en salud, así como realizar estudios que determinen las particularidades de los recién nacidos y su afiliación al SPS.

Referencias

1. Puentes-Rosas E, Sesma S, Gómez-Dantés O. Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Salud Publica Mex* 2005;47:22-26.
2. Centro de Estudios Sociales y Opinión Pública. Cámara de Diputados. LXI Legislatura. Programa Seguro Popular de Salud. México: Cámara de Diputados; 2005.
3. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Martínez A. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2005;47:54-65.
4. Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S, Puentes-Rosas E. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación. *Salud Publica Mex* 2005;47:47-53.
5. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano CL, Gómez-Dantés O. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Publica Mex* 2005;47(Supl 1):S37-S46.
6. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Martínez-Monroy T, Lemus-Carmona EA. Gasto privado en salud por entidad federativa en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(Supl 1):S27-S36.
7. Ramírez-Zetina, M, Richardson V, Ávila H, Caraveo VE, Salomón RE, Bacardí M, et al. A. prenatal care in the border city of Tijuana, Mexico. *Rev Panam Salud Publica* 2000;7:97-101.
8. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Salud Publica Mex* 2007;49(Suppl 1):S23-S36.
9. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet* 2006;368:1920-1935.
10. Valadez-Figueroa I, Alfaro-Alfaro N, Celis-de la Rosa A. Predictors of use of antenatal-care. *Atencion Primaria* 2005;35:185-91.
11. Martínez-González L, Reyes-Frausto S, García-Peña MD. adequate utilization of prenatal care at the Mexican Institute of Social Security. *Salud Publica Mex* 1996;38:341-351.
12. Hildingsson I, Radestad I, Waldenström U. Number of antenatal visits and women's opinion. *Arch Med Res* 2004;35:554-556.
13. Coimbra LC, Silva AA, Mochele EG, Alves MT, Ribeiro VS, Aragão VM, Bettiol H. Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. *Rev Saude Publica* 2003;37:456-462.
14. Cahuana-Hurtado L, Sosa-Rubí M, Bertozzi S. Costo de la atención materno infantil en el estado de Morelos, México. *Salud Publica Mex* 2004;46:316-326.