

Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo

MARÍA EUGENIA MENDOZA-FLORES,^a BERNARDA SÁNCHEZ-JIMÉNEZ,^a
MERCEDES GARCÍA-CARDONA,^a HÉCTOR ÁVILA-ROSAS^b

RESUMEN

Objetivo: Describir y analizar los síntomas percibidos durante el embarazo en mujeres residentes de la Ciudad de México en la delegación Miguel Hidalgo (1993-1996).

Material y métodos: A nivel comunitario se identificó e invitó a participar a un grupo de mujeres en edad reproductiva que al menos hubieran tenido un evento reproductivo en el último año. A todas ellas se les solicitó consentimiento libre e informado, a fin de poder aplicar un cuestionario validado y estandarizado para obtener información sociodemográfica y de salud, especialmente en relación con la percepción de sintomatología durante el embarazo y la utilización de servicios de salud en ese periodo.

Resultados: Se encuestó a 208 mujeres, en la mayoría de los casos la escolaridad fue menor a nueve años, en general se encontraban unidas y con ocupación no remunerada. Un alto porcentaje de ellas era mayor de 24 años de edad. El 30% no recordaron haber percibido síntomas o molestias durante el embarazo, 29% sólo refirió síntomas leves, los síntomas importantes fueron indicados en 61% de los casos. El 68% de las mujeres solamente percibió un síntoma, siendo el sangrado vaginal, las contracciones uterinas y los cólicos, los más frecuentes. El 54% tuvieron control prenatal adecuado, 62% utilizaron los servicios privados y 43% acudía a la asistencia pública. Las mujeres se atendieron más cuando percibieron síntomas o molestias importantes, mientras que las que tenían sintomatología leve no buscaron atención.

Conclusión: Las mujeres que tuvieron adecuado control prenatal percibieron más molestias o síntomas durante la gestación. Es posible que ello se deba a que recibieron más información por parte del personal de salud, especialmente por el de enfermería.

PALABRAS GUÍA: *Morbilidad gestacional, control prenatal.*

^a Investigadora de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología.

^b Jefe del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Subdirección de Investigación en Salud Pública, INPer
Torre de Investigación, 1er. piso
Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes
Delegación Miguel Hidalgo,
C.P. 11000, México, D.F.
Tel. 55 20 90 00 Ext. 120 o 195. Fax: 55 20 00 34.

Recibido: 27 de febrero de 2002.
Aceptado: 20 de marzo de 2002.

INTRODUCCIÓN

En México la salud reproductiva representa uno de los principales ámbitos de acción de la salud pública, y en el momento actual es uno de los programas prioritarios de atención primaria a la salud.¹ Como resultado de lo anterior, se ha incrementado la cobertura de los servicios de salud, lo que se traduce en una mayor disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, utilización, eficiencia y eficacia de los

servicios de salud.¹⁻⁵ Sin embargo, el sistema de salud de nuestro país tiene un enfoque curativo más que preventivo, sin contar con el hecho de que las necesidades de salud de la población siguen siendo muy superiores a la capacidad del sistema, lo que da como resultado que las diferentes instituciones establezcan sus propios criterios de selección de acuerdo con sus prioridades.⁶

La demanda de servicios de salud está asociada con las necesidades de salud percibidas por los individuos, así como por sus atributos económicos y sociales y por las características de las instituciones de salud.⁷⁻⁹ Entre las barreras que obstaculizan el acceso a servicios médicos se encuentran: el elevado costo de servicios o medicamentos, lejanía o falta de servicios en la localidad y falta de confianza o maltrato en los servicios.¹⁰ Se han estudiado las condiciones de búsqueda de atención prenatal con el propósito de brindar atención adecuada, acorde a las necesidades, demandas y conforme a la capacidad del sistema de salud, lo que ha dado lugar al diseño de diversos modelos que intentan explicar los motivos por los cuales la población hace uso, o no, de estos servicios.¹¹⁻¹⁴

La cobertura de los servicios públicos de atención prenatal a nivel nacional muestra un inicio tardío en la vigilancia prenatal, de esta forma en 1987, del total de las gestantes que acudieron a control prenatal, 20.6% lo hicieron en el primer trimestre, 36.7% en el segundo trimestre y 42.7 % en el tercero.¹⁵

Los servicios de salud en las áreas urbanas tienen mejor infraestructura física y de personal, así como una gran variedad de opciones para la atención de la salud. En el Distrito Federal los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1988, mostraron que 99% de las mujeres recibieron control prenatal, sin embargo, no se tiene información sobre la etapa de inicio de éste ni el número de consultas recibidas.¹⁶ Si bien la utilización está condicionada por la oferta, existen variantes en este proceso, que van desde la necesidad percibida de solicitar un servicio (en la que influyen educación y cultura, entre otros aspectos) hasta su uso.¹⁷

Identificar los determinantes en el uso de los servicios de salud para el cuidado prenatal y la resolución del embarazo es de suma importancia,

ya que la mortalidad materna en México continúa siendo muy elevada, en comparación con la de otros países.¹⁸ Existen varias investigaciones que han estudiado la utilización de atención prenatal, en ellas se muestra que la disponibilidad de los servicios de salud, la percepción del estado de salud, el número de hijos previos, un alto nivel de escolaridad y estar unidos, influyen de manera determinante en la utilización de los servicios de salud.^{14, 19-21}

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), a través de la Subdirección de Investigación en Salud Pública, desde 1980 ha desarrollado investigaciones con el objetivo de obtener información sobre las condiciones y características del proceso de atención perinatal en la comunidad urbana. A la fecha se han identificado algunos factores que se asocian positivamente al uso de servicios de salud, como son la accesibilidad geográfica, la percepción de la necesidad de atención a las mujeres embarazadas, el deseo de embarazo a corto plazo, las experiencias reproductivas desfavorables, así como algunas características sociodemográficas (por ejemplo: edad, tipo de hogar y la ocupación).²²⁻²⁶

Con base en lo antes mencionado, surgió la siguiente pregunta: ¿existen mujeres que sin percibir síntomas durante su estado de gestación, acudan a los servicios de salud? Motivo por el cual, el objetivo del presente estudio fue analizar los síntomas percibidos durante el embarazo y su relación con la disponibilidad y uso de los servicios de atención prenatal. Tomando en cuenta algunos indicadores biológicos y sociodemográficos en un grupo de mujeres residentes de una área urbana de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, analítico y transversal, llevado a cabo durante los años de 1993 a 1996. El universo de trabajo lo constituyeron 208 mujeres pertenecientes a un proyecto más amplio denominado "Riesgo Perinatal". El estudio de campo se efectuó en un grupo de mujeres del "área urbana", en una zona cercana al INPer, correspondiente a la delegación Miguel Hidalgo y que incluyó las colonias: 16 de Septiembre, América y Daniel Garza.



Las mujeres que aceptaron participar cumplieron con los siguientes criterios: haber tenido un evento reproductivo durante el año anterior a la entrevista (independientemente de la resolución en que haya culminado el evento), no sufrir discapacidad mental y manifestar su disposición a participar informada y libremente en el estudio. El proyecto fue aprobado por las comisiones de Investigación y Ética del INPer.

Para la estandarización del personal, se elaboró un manual de procedimientos para cada cédula, con su instructivo correspondiente. En la cédula de la encuesta se consideraron la técnica de la entrevista, la forma de registro de la información y la confiabilidad y consistencia de la misma. Para lo cual se efectuaron reuniones de grupo, en las que se evaluaron la técnica de la entrevista y el llenado de las cédulas; para esto se elegía un encuestador que realizaba el interrogatorio y el resto del equipo registraba, al igual que él, las respuestas obtenidas; posteriormente se verificaba la reproducibilidad de la información y los errores presentados en el interrogatorio. En una segunda etapa, se probaron los cuestionarios con mujeres asistentes a la consulta externa del Instituto. Se llevó a cabo un programa de estandarización y control de calidad.

De las mujeres participantes se obtuvo información sociodemográfica y de salud. Para interrogar específicamente sobre la percepción de síntomas durante el embarazo, se utilizaron preguntas cerradas y abiertas, evitando sugerir o inducir las respuestas. Se inició con una pregunta filtro: “¿Tuvo síntomas (molestias) durante su embarazo?”, se anotaron todas las respuestas referidas de la mujer. Posteriormente se interrogó, “¿Cuáles son a su juicio los síntomas más importantes?”, registrándose la(s) molestia(s) mencionada(s); y, por último, se preguntó para cada síntoma importante referido “¿Por este síntoma o molestia buscó atención médica?”, consignando la respuesta y el tipo de servicio de salud donde recibió la consulta médica.

Las respuestas de las mujeres se registraron literalmente y posteriormente se agruparon en términos técnicos, a manera de ejemplo: “hinchazón de pies”, “pies gordos”, se agruparon en edema de miembros inferiores.

Las definiciones operativas utilizadas como parte del cuestionario que se aplicó, fueron las siguientes:

-Unión conyugal: Cuando en la entrevista la mujer refirió haber vivido con su pareja en forma permanente por lo menos dos meses seguidos, independientemente del tipo de unión (civil, religiosa o unión libre).

-Control prenatal: a) adecuado, cuando se inició en el primer trimestre y recibió nueve o más consultas prenatales; b) intermedio, de cinco a ocho consultas en el embarazo; c) inadecuado, con cuatro o menos consultas y el inicio fue en el tercer trimestre.²⁷

-Síntoma leve: Cuando la mujer refirió haberlo percibido, pero no representó problema de salud para ella y lo consideró como parte de los cambios normales del embarazo.

-Síntoma importante: Cuando la mujer consideró que el síntoma representaba un problema de salud.

Con el fin de valorar la importancia relativa de un síntoma, se estimó una tasa de importancia, la cual consistió en calcular la proporción de veces que un síntoma fue reconocido como severo del total de veces que dicho síntoma fue referido.

Las variables que se analizaron fueron: Edad, escolaridad, tipo de hogar, unión conyugal, ocupación, número total de embarazos, número de hijos vivos, vía de resolución de la gestación, condición de vida del recién nacido, disponibilidad, tipo y utilización de los servicios de salud prenatal.

La información obtenida se capturó en una base de datos diseñada para tal fin, utilizando el paquete de computación DBASE3. Los datos se analizaron en el programa de cómputo SPSS para Windows. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron: χ^2 , la probabilidad exacta de Fisher y se estimó la razón de momios con intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observan las características generales de la población en estudio. De las mujeres estudiadas, 45% fueron menores de 25 años de edad, 65% tenían al menos un embarazo previo y 68% no tuvo antecedentes de pérdidas reproductivas. El 46% tenían una escolaridad mayor a nueve años de estudio, 89% refirieron estar unidas conyugalmente, 55% provenían de hogares nucleares y 70% carecía de ocupación remunerada.

Tabla 1
Características generales de la población
(N = 208 casos)

| Variable | Frecuencia | % | Variable | Frecuencia | % |
|--------------------------|------------|----|----------------|------------|----|
| Edad (años) | | | Unión conyugal | | |
| 15-24 | 94 | 45 | Sí unida | 186 | 89 |
| 25-42 | 114 | 55 | No unida | 22 | 11 |
| Núm. embarazos | | | Tipo de hogar | | |
| 1 | 72 | 35 | Nuclear | 115 | 55 |
| > 2 | 136 | 65 | Extenso | 93 | 45 |
| Pérdidas reproductivas * | | | Ocupación | | |
| No | 141 | 68 | Remunerada | 52 | 30 |
| Sí | 67 | 32 | No remunerada | 156 | 70 |
| Escolaridad (años) | | | | | |
| 0-9 | 112 | 54 | | | |
| > 10 | 96 | 46 | | | |

* Cinco mujeres con más de una pérdida: aborto, óbito o muertes después del nacimiento.

Tabla 2
Tipo y número de síntomas percibidos por la mujer
(N = 208)

| Gravedad | Síntomas | Casos | Porcentaje | |
|-------------|----------|-------|------------|-------|
| | Número | | Subtotal | Total |
| Ninguna | | 63 | | 30 |
| Leve | 1 | 61 | 42.0 | 29 |
| | 2 | 49 | 34.0 | 24 |
| | 3 | 24 | 16.6 | 12 |
| | 4-6 | 11 | 7.6 | 5 |
| | 1 a 6 | 18 | | 9 |
| Importantes | 1 | 98 | 77.0 | |
| | 2 | 20 | 16.0 | |
| | 3 | 9 | 7.0 | |
| | 1 a 3 | 127 | | 61.0 |

La tabla 2 presenta a las mujeres según el número de síntomas percibidos durante su embarazo. El 30% (63/208) de la población no refirió ningún tipo de molestia. El 29% (61) de las mujeres refirieron uno o más síntomas leves, y dentro de ellas, el 7% refirió de cuatro

a seis molestias. De las 127 mujeres que manifestaron síntomas importantes, 77% refirieron haber tenido sólo una molestia.

En la tabla 3 se describe el tipo y la frecuencia de síntomas leves e importantes referidos. La alteración leve más frecuente fue el sangrado trans-



Tabla 3
Tipo y gravedad de los síntomas percibidos durante el embarazo
(N = 208 mujeres)

| | Gravedad | | | | Tasa de importancia* | χ^2 | p |
|-------------------|----------|-------|------------|-------|----------------------|----------|-------|
| | Leve | | Importante | | | | |
| | N | % | N | % | | | |
| Sangrado vaginal | 37 | (13) | 28 | (17) | 0.76 | 4.06 | 0.04 |
| Vómito | 33 | (12) | 10 | (6) | 0.30 | 11.56 | 0.001 |
| Mareos | 25 | (9) | 13 | (8) | 0.52 | 0.30 | 0.58 |
| Edema de Ms Is | 24 | (9) | 14 | (8) | 0.58 | 0.01 | 0.89 |
| Cólicos | 24 | (9) | 17 | (10) | 0.70 | 1.00 | 0.32 |
| Cefalea | 21 | (7) | 13 | (8) | 0.61 | 0.00 | 0.97 |
| Contrac. uterinas | 18 | (6) | 13 | (8) | 0.72 | 0.84 | 0.36 |
| Otros† | 97 | (35) | 57 | (35) | | | |
| Total ‡ | 279 | (100) | 165 | (100) | | | |

* Tasa de severidad = Síntomas severos/total de síntomas

† Se registraron 32 síntomas diferentes (náuseas, dolor de cadera, fiebre, disuria etc.).

‡ Mujeres que refirieron más de un síntoma

vaginal (13%), seguido del vómito, mareos, edema de miembros inferiores y cólicos, las cuales correspondieron en conjunto al 51% de los síntomas. Los síntomas percibidos como importantes fueron los mismos, aunque con un orden distinto, siendo el más común el sangrado vaginal y los cólicos en segundo lugar, cubriendo ambos 27% del total de síntomas importantes. Es necesario hacer notar que la tasa de importancia se relacionó en forma significativa únicamente con el sangrado vaginal ($\chi^2 = 4.07$; $p < 0.05$), con una tasa de importancia de 0.76 y el vómito ($\chi^2 = 11.56$; $P < 0.01$) con una tasa de importancia de 0.30.

Con relación al tipo de control prenatal según uso de los servicios de salud (Tabla 4) se distingue que 54% (112/208) de las mujeres tuvo control

adecuado. Es interesante notar que las mujeres que recibieron su atención prenatal en servicios privados o en la seguridad social, presentaron una proporción mayor de control adecuado, en relación con las que acudieron a la asistencia pública (RM 0.52, IC 95% 0.28-0.96).

Al analizar la percepción de síntomas por categoría, según control prenatal (Tabla 5) se puede ver que, en general, las mujeres que perciben algún tipo de molestia, ya sea leve o importante, tienen proporciones altas de control prenatal adecuado, siendo aún mayor y significativa cuando las molestias percibidas fueron declaradas como severas, lo que confiere un efecto protector en función de un mejor apego al control prenatal (RM 0.46, IC 95% 0.24- 0.84).

Tabla 4
Tipo de servicio de salud utilizado según control prenatal

| | Control prenatal | | Total | Razón momios (IC 95%) |
|------------------------|------------------|-----------|----------|-----------------------|
| | Inadecuado | Adecuado | | |
| 1. Privado | 23 (0.38) | 38 (0.62) | 61 (1.0) | 1.00 |
| 2. Seguridad social | 40 (0.44) | 50 (0.56) | 90 (1.0) | 0.75 (0.38- 1.46) |
| 3. Asistencia pública* | 33 (0.58) | 24 (0.42) | 57 (1.0) | 0.04 (0.53- 2.04) |

* Incluye una mujer atendida con partera empírica con control prenatal inadecuado.

1+2 vs. 3 RM = 0.52 (0.28- 0.96)

Tabla 5
Percepción de síntomas según tipo de control prenatal

| Síntomas | Control prenatal | | Total | Razón momios (IC 95%) |
|----------|------------------|------------|-------|--------------------------|
| | Inadecuado | Adecuado | | |
| Ninguna | 36 (0.57) | 27 (0.43) | 63 | 1.00 |
| Leves | 12 (0.67) | 6 (0.33) | 18 | 0.53 (0.29- 0.96) |
| Severos | 48 (0.38) | 79 (0.62) | 127 | 0.46 (0.24- 0.84) |
| Total | 96 (0.46) | 112 (0.54) | 208 | |

DISCUSIÓN

Se sabe que la utilización de los servicios de salud está relativamente asociada con las necesidades de salud percibidas por los individuos y con las características de las instituciones de salud.⁷⁻⁹ En el caso específico de este estudio, se identificó si las mujeres que utilizaron servicios de salud para el cuidado prenatal era importante, teniendo en cuenta que la detección y tratamiento oportuno son fundamentales para reducir sustancialmente la morbilidad y la mortalidad materna. Se consideraron, además, las necesidades, problemas y limitaciones que tienen las mujeres para asistir a un servicio médico y atender su salud, porque tradicionalmente cuidan de la salud de toda su familia, dejando en segundo término la propia.^{28,29} Se consideró, también, la relación entre los síntomas percibidos durante el embarazo y su relación con la disponibilidad y uso de los servicios de atención prenatal.

La presente investigación se realizó en la población en la que hemos venido realizando estudios desde hace 15 años, dentro de un proyecto orientado hacia el conocimiento de las alternativas que las mujeres disponen y eligen para enfrentar sus eventos reproductivos. Lo primero que llama la atención en los resultados, es que 30% de la población no refirió síntomas o molestias durante el embarazo, sin embargo, acudieron a los servicios de salud para un control prenatal adecuado, aunque en una proporción menor que las mujeres que sí percibieron síntomas severos (0.43 contra 0.62, respectivamente, tabla 5). Esto podría sugerir dos alternativas de interpretación, una: que las mujeres que no perciben síntomas acudieron menos a un servicio por considerar que éste sólo se utiliza para atender problemas. La segunda, es que al

acudir en forma inadecuada al control prenatal, con mayor frecuencia tienen una menor oportunidad de aprender a identificar síntomas, leves e importantes, como indicadores de riesgo y, por lo tanto, no referirlos, lo cual puede interpretarse como que no necesariamente las mujeres no presentaron síntomas, sino que no sabían identificarlos.

En promedio, las mujeres informaron 1.9 molestias. De las 145 mujeres que sí percibieron síntomas, 127 consideraron al menos alguna como severa. El total de molestias fue de 279 y la frecuencia de molestias por mujer varió de 0 a 6. Del total de éstas, 169 las percibieron como síntomas importantes.

Otro aspecto es el control prenatal, 54% de las mujeres llevaron control adecuado (nueve o más consultas durante el embarazo). Lo que refleja que esta población está interesada en cuidar de su salud, utilizando los servicios médicos, al menos durante la gestación, aun cuando todavía se tienen mujeres con baja motivación y falta de información al respecto en diferentes partes del país.^{29,30}

Por último, de las 112 mujeres que tuvieron control adecuado, utilizaron los servicios privados 62%, y la asistencia pública el 43%. Es claro que las mujeres que perciben molestias importantes se atienden más y que es probable, de acuerdo con otros estudios,³¹ que los servicios privados proporcionan mayor número de consultas prenatales, que la seguridad social y la asistencia pública.

CONCLUSIONES

Se encontró que se atienden más las mujeres que refirieron síntomas importantes que las que percibieron síntomas leves o no los perciben.



Probablemente, porque durante su control prenatal, fueron aprendiendo la información y las maniobras educativas que el personal de salud brindaba durante las consultas, en especial del profesional de enfermería, obteniendo así una mejor educación sanitaria. Las características sociodemográficas de la población no influyeron

para la utilización o no de los servicios de salud. Por lo tanto, se debe motivar y concientizar a todas las mujeres de la importancia de cuidar su estado de salud, asistiendo a las instituciones médicas, en especial durante el embarazo, a fin de evitar problemas en su persona y, por ende, en el recién nacido.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze the referred symptoms during pregnancy in women that resided in the county Miguel Hidalgo in Mexico City (1993-1996).

Material and methods: In a community level a group of child bearing age women that at least had had a reproductive event during the last year were identified and invited to participate in the study. Their written informed consent was requested for the application of a validated and standardized questionnaire with the purpose of obtaining sociodemographic and health information especially with relation to their symptomatology perception during pregnancy and the utilization of health services during this period.

Results: Two hundred and eight women were surveyed, in most of the cases the school years studied by the women were less than 9, most of the women lived with their couples and had no remunerated occupation. A high percentage of these women were older than 24 years old. Thirty percent did not remember to have perceived any symptoms during their pregnancies, 29% only referred mild symptoms, 61% of the cases referred important symptoms. Sixty eight percent only perceived one symptom being vaginal bleeding, uterine contractions and cramps the most frequent ones. Fifty four percent had an adequate prenatal care, 62% utilized private medical care and 43% public medical care. Women that perceived important symptoms took more care than the ones that perceived mild symptoms.

Conclusion: Women that had an adequate prenatal care perceived more symptoms and health problems during gestation. This could be due to women receiving more information from health personnel especially from nurses.

KEY WORDS: *Gestational morbidity, prenatal care.*

REFERENCIAS

1. Infante C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pub Mex* 1990; 32: 419-29.
2. Gutiérrez ID. La maternidad segura en su contexto conceptual. En: *Maternidad sin riesgos en México*. Elu MC, Langer A. (eds) México: 1994, p. 9-22.
3. Starfield B. Motherhood and apple pie: The effectiveness of medical care for children. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1985; 63: 524-45.
4. Showstack J, Fudetti P, Minkler D. Factors associated with birth weight. An exploration of the roles of prenatal care and length gestation. *Am J Public Health* 1984; 1005-8. En: Casanueva E. *Prevención del bajo peso al nacer*. *Salud Pub Mex* 1988; 30: 370-78.

5. Bobadilla JL. Quality of prenatal medical care in Mexico City. *Perspectivas en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública, México: 1988, p. 138.
6. Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. En: *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. Frenk J. (editor) Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México: 1997; Cap. 11, p. 255-74.
7. Foets M, Frans B, Janssens L. The primary health care project in Belgium: Survey on the utilization of health services. *Soc Sci Med* 1985; 20: 181-90.
8. Northcott HC, Rall R W. Factors in the utilization of the small non-metropolitan hospital in Alberta, Canada. *Soc Sci Med* 1983; 17: 1379-87.
9. Habib OS, Vaughan JP. The determinants of health services utilization in southern Iraq: A household interview survey. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 395-403.
10. González MA, Zurita B, Frenk J, Franco F, Arredondo A, Queisser M y cols. Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. En: *Economía y Salud*. Fundación Mexicana para la salud. México: 1994, p. 15-24.
11. Laguna García J. Organización para el desarrollo de la ISS en México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 3ª edic, México: 1983, p. 225-8.
12. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pub Mex* 1992; 34: 36-49.
13. Potter JE. Utilización de los servicios de salud materna en el México rural. *Salud Pub Mex* 1988; 30: 387-402.
14. Belizán JM, Villar J, Belizán MZ, Garrote N. Asistencia a embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario, Argentina. *Bol Of Sanit Panam* 1979; 91: 121-30.
15. Secretaría de Salubridad y Asistencia: Dirección General de Información Estadística, consultas de control prenatal en unidades médicas de la Secretaría de Salud, SSA. 1987, p. 164.
16. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Salud, D.F. 1988, p. 110.
17. COPLAMAR: Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000; Salud. Siglo XXI, México: 1982, p. 127.
18. Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales. Principales causas de Mortalidad Materna, 1997. México, 1988.
19. Buekens P, Hernández P, Infante C. La atención prenatal en América Latina. *Salud Pub Mex* 1990; 32: 673-84.
20. Ferreira NM. Asistencia prenatal: Conhecimentos, atitudes e practicas de mulheres internadas no servicio de obstetricia de un hospital do municipio de Sao Paulo, Brasil. *Rev Saude Publ S Paulo* 1980; 14: 427-38.
21. Kestlet J. Control prenatal en la ciudad de Guatemala. *Salud materno-infantil*. Conferencia Interregional sobre Tecnología Apropriadada en la Atención Prenatal. Washington, D.C. 1984.
22. Casanueva E, Ávila H, Arroyo P, García D, Jurado E. Programa para la Captación de la Cohorte de Estudios Perinatales II. Evaluación de la aceptación de un servicio de salud. *Bol Of Sanit Panam* 1983; 95: 80-6.
23. Ávila H, Casanueva E, Arroyo P. Cohorte de Estudios Perinatales III. Edad y Embarazo como sesgo. *Bol Of Sanit Panam* 1985; 99: 400-4.
24. García M, Casanueva E. Impacto de un servicio de salud urbano sobre la condición del recién nacido. *Rev Chil Nutr* 1989; 17: 31-4.
25. Arroyo P, Arce L, Casanueva E. La utilización de un servicio de salud perinatal. Influencia de la experiencia reproductiva perinatal. *Perinatol Rep Hum México*, 1991; 5: 231-49.
26. García M, Arroyo P, Ávila H, Casanueva E, Centeno N, Tiburcio T. La utilización de un servicio de salud perinatal. Influencia del tipo de hogar. *Estudios demográficos y urbanos*, El Colegio de México 1993; 8: 269-86.
27. *Contrasts in Health Status*. Institute of Medicine. National Academy of Sciences, Washington, D.C. 1973; Vol.1.
28. Dean K. Self-Care Components of lifes-tyles:



- The importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29: 137-52.
29. Alfaro N, Valadez I, Aldrete G, Sánchez H. La mujer en la salud familiar. La mujer como unidad de acción respecto de procesos de salud, enfermedad, atención. En: *Sexualidad y Reproducción Humana en México*, Lartigue T. Ávila H. (comp) Edit Plaza y Valdez, México 1995; 1: 245-62.
30. García M, Ávila H, Reyes P, Tiburcio T. Disponibilidad y uso de servicios a la madre: Influencia de la ocupación del jefe de familia. *Perinatol Rep Hum México*, 1993; 9: 29-36.
31. Zurita B, Nigenda B, Ramírez T. Encuesta de satisfacción con los servicios de Salud. En: *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. Frenk J. (ed) Fundación Mexicana para la Salud, A.C. México, 1997: 237-52.