



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública  
México

Heredia-Pi, Ileana; Serván-Mori, Edson; Reyes-Morales, Hortensia; Lozano, Rafael  
Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México  
Salud Pública de México, vol. 55, núm. 2, 2013, pp. S249-S258  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331023>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México

Ileana Heredia-Pi, MC, M en C, D en C,<sup>(1)</sup> Edson Serván-Mori, M en C,<sup>(1)</sup>  
Hortensia Reyes-Morales, MC, M en C, Dr en C,<sup>(1)</sup> Rafael Lozano, MC, M en C.<sup>(1,2)</sup>

Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R.  
Brechas en la cobertura de atención continua  
del embarazo y el parto en México.  
Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S249-S258.

## Resumen

**Objetivo.** Construir un índice compuesto para medir la cobertura de atención continua durante el embarazo y el parto, e identificar la magnitud de las brechas entre distintas poblaciones de embarazadas en México. **Material y métodos.** Con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, que incluyó a 5 766 mujeres, se construyó un índice de cobertura de atención continua (Cobac), integrando cinco indicadores de cobertura de intervenciones durante el embarazo, parto y puerperio. **Resultados.** Las residentes en área metropolitana, afiliadas a la seguridad social, tuvieron la mejor Cobac (0.879; IC95%:0.867-0.891). Menores índices de Cobac se encontraron en mujeres de área rural con menor nivel socioeconómico (NSE-I) (0.722; IC95%: 0.700-0.745), sin aseguramiento (0.735; IC95%: 0.700-0.770) y de condición indígena (0.759; IC95%: 0.740-0.779). **Conclusiones.** La Cobac durante el embarazo y el parto presenta diferencias importantes al interior del país, identificándose áreas en donde hay que focalizar esfuerzos para avanzar hacia la cobertura universal de salud.

Palabras clave: salud materna; continuación de la atención; cobertura universal; México

Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R.  
Gaps in the continuum of care during pregnancy  
and delivery in Mexico.  
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 2:S249-S258.

## Abstract

**Objective.** To develop a composite index for coverage of antenatal and delivery continuum of care, and use it to measure the gaps among different populations of pregnant women in Mexico. **Materials and methods.** Based in the information of 5 766 women from the National Health and Nutrition Survey 2012, a composite index of coverage of continuum of care (Cobac in spanish) was developed, integrating five interventions for antenatal, delivery, and puerperium periods. **Results.** Women living in metropolitan areas who were affiliated to social security had the best Cobac (0.879; IC95%:0.867-0.891); the worst were found in women living in rural areas, with the lower socio-economic level (NSE-I), (0.722; IC95%: 0.700-0.745), women without health insurance (0.735; IC95%: 0.700-0.770), and indigenous women (0.759; IC95%: 0.740-0.779). **Conclusions.** The Cobac during pregnancy and childbirth has important differences within the country, which allows for the identification of areas where we must focus efforts to move towards universal health coverage.

Key words: maternal health; continuum of care; universal coverage; Mexico

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.  
(2) Institute for Health Metrics and Evaluation. Seattle WA, EUA.

**Fecha de recibido:** 12 de marzo de 2013 • **Fecha de aceptado:** xxxxxxxx  
Autor de correspondencia: Mtro. Rafael Lozano. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655,  
col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.  
Correo electrónico: rafael.lozano@insp.mx

La idea de promover la atención continua a los pacientes no es reciente,<sup>1</sup> pero vuelve a cobrar importancia a partir de la difusión de los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005<sup>2</sup> y del Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2010,<sup>3</sup> que establecen que para cumplir con los compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5: “cada niño y cada mujer cuentan”. En ambos casos, existe la convicción de que al fortalecer los sistemas de salud en los países es posible garantizar mayor acceso a los servicios de salud y una mejora en la atención continua desde el embarazo hasta el puerperio, pero además, la integración ordenada de estas intervenciones definitivamente puede salvar vidas de mujeres.<sup>4-6</sup>

En México, las políticas de salud en la última década<sup>7</sup> han establecido líneas de acción para que las embarazadas puedan acceder al sistema de salud y ahí recibir el mejor cuidado posible durante el embarazo, parto y puerperio, independientemente de su condición social o geográfica.<sup>8</sup> Se identifica un fuerte componente normativo que establece los criterios técnicos para garantizar una atención de calidad antes y durante el parto;<sup>9</sup> un componente legal que le otorga a las mujeres embarazadas el derecho a recibir la atención obstétrica sin importar su condición de aseguramiento;<sup>10</sup> y un componente político que ubica en el sistema de salud la responsabilidad de cumplir los compromisos adquiridos tanto a nivel internacional como nacional en materia de salud materna.<sup>11</sup> La publicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 permite actualizar el conocimiento sobre la situación de la atención materna continua en el país, sobre la inclusión de las poblaciones vulnerables y sobre la brecha que existe en México para cumplir con el compromiso adquirido en la 58a Asamblea Mundial de Salud de lograr la Cobertura Universal de Salud.<sup>12</sup>

El objetivo de este estudio es construir un índice compuesto de cobertura de atención continua durante el embarazo y el parto, y posteriormente, usando el índice, medir las brechas que existen entre distintas poblaciones de embarazadas en México, según el área geográfica donde viven, su nivel socioeconómico y su condición de aseguramiento.

## Material y métodos

### Fuente de información

Se trata de un análisis transversal que utiliza información recolectada por la ENSANUT 2012.<sup>13</sup> Es una encuesta de naturaleza probabilística y, por su diseño, representativa del nivel nacional, estatal y por estratos urbano/rural. En particular, se analizaron las secciones de salud repro-

ductiva de los cuestionarios aplicados a mujeres adolescentes y adultas. Sólo se incluyeron aquellas mujeres que reportaron información sobre su último embarazo en el cual el producto había sido un nacido vivo a partir del año 2006. La figura 1 muestra el procedimiento seguido para seleccionar los casos incorporados al análisis. La muestra final estuvo constituida por 5 766 mujeres (685 adolescentes y 5 081 adultas). Para asegurar que la muestra seleccionada no estuviera sesgada, se compararon las mujeres incluidas con las que no lo fueron por deficiente calidad de los datos (344 adolescentes y 1 259 adultas), en relación con las principales variables de interés, y no se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos.

### Estrategia de análisis

#### *Análisis exploratorio*

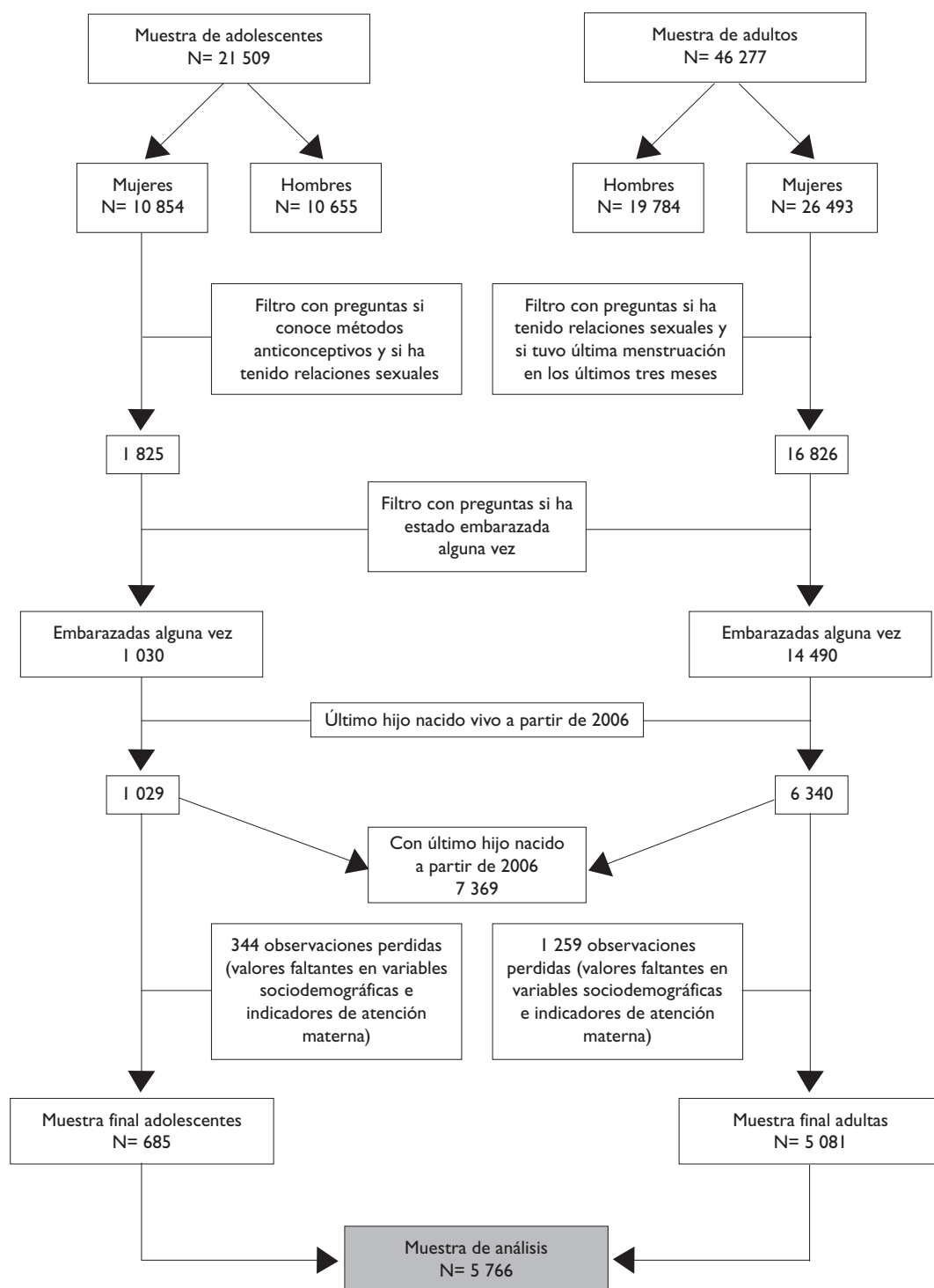
Se realizó un análisis exploratorio de las variables de interés: edad al momento del último embarazo, años de escolaridad (variable numérica continua), hogar indígena, adscripción a algún seguro de salud (seguridad social, seguro popular y ninguno); quintil (Q) de nivel socioeconómico (NSE; I-V), aproximado por un índice continuo construido mediante análisis de componentes principales con matrices de correlación policórica, incluyendo la posesión de diferentes tipos de activos, servicios y características de infraestructura de los hogares;<sup>14,15</sup> y tipo de localidad de residencia: rural (<2 500 habitantes), urbana (localidades con 2 500 o más habitantes, pero menos de 100 000, no incluidas en el estrato metropolitano) y metropolitana (100 000 habitantes o más, capitales de los estados o áreas metropolitanas).

También se incluyó la variable morbilidad en el último embarazo, definida a partir de las preguntas 2.22 (cuestionario de adolescentes) y 8.22 (cuestionario de adultos) en las que se obtiene información sobre complicaciones obstétricas u otras enfermedades durante el embarazo.

#### *Indicadores analizados*

#### Contenido de la consulta prenatal

Se trata de un indicador que resume los procedimientos seguidos por parte del personal de salud durante la atención de las embarazadas en el periodo prenatal. El contenido de la consulta prenatal se expresa como la proporción de procedimientos cumplidos de 11 de los 12 activos que capta la encuesta, y que incluyen: medición de peso, talla, presión arterial, realización de examen



**FIGURA 1. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA DE ANÁLISIS. COBERTURA DE ATENCIÓN CONTINUA DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO. MÉXICO, ENSANUT 2012**

general de orina, exámenes de sangre, determinación de glucemia, realización de prueba serológica para la sífilis de ultrasonido, inmunización con toxoide tetánico y prescripción de ácido fólico de vitaminas, hierro o suplemento alimenticio.

Se eliminó la información sobre la detección de virus de la inmunodeficiencia humana debido a que la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio<sup>9</sup> estipula que esta prueba sólo se realice a mujeres de alto riesgo, información que no se incluyó al momento de levantar la encuesta.

Coberturas crudas de las intervenciones de salud en la atención continua del embarazo, parto y postparto.

En la construcción de este indicador se consideraron: a) primera consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo; b) haber tenido al menos cinco consultas prenatales durante el embarazo; c) contenido de la atención prenatal; d) atención institucionalizada del parto, y e) anticoncepción postparto. Para cada uno de estos indicadores se estimaron, considerando el efecto de diseño de la encuesta, las coberturas crudas y sus respectivos intervalos de confianza (IC95%) para diferentes subgrupos poblacionales.

Cobertura de atención continua a nivel poblacional

A partir de las estimaciones de las coberturas individuales para cada indicador, se reescalaron los valores para calcular la cobertura a nivel agregado. Para tal efecto, se asignó un valor máximo de 0.2 asumiendo una cobertura total esperada igual a 1. La suma de los valores reescalados de cada indicador se consideró como la cobertura de atención continua (COBAC) en cada subpoblación analizada.

Brecha en la continuidad de la atención materna

La brecha se calcula por diferencia entre la cobertura alcanzada con el valor esperado. Todas las estimaciones realizadas consideran el efecto de diseño de la encuesta. Los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico STATA 12.1.\*

## Resultados

Las características generales de la muestra analizada, según el tipo de localidad de residencia, se presentan

en el cuadro I. Las mujeres procedentes de áreas urbanas reportan mayor morbilidad durante el embarazo ( $p < 0.01$ ). Por otro lado, las residentes en áreas rurales tienen, significativamente, menos años de escolaridad, menor edad y una menor proporción de filiación a la seguridad social que las residentes en áreas urbanas y metropolitanas ( $p < 0.05$ ); aunque la proporción de afiliadas al Seguro Popular es mayor. Una proporción de 0.809 de las mujeres residentes de áreas rurales se concentra en los tres quintiles más bajos de NSE.

La figura 2 muestra la cobertura de los procedimientos realizados durante la atención prenatal. Según lo que reportan las embarazadas, la mayor cobertura es en la prescripción de ácido fólico (97.4%; IC95%: 96.7-98.0) y en los procesos de exploración clínica a la embarazada. Le siguen en importancia la realización de ultrasonidos (92.8% (IC95%: 91.8-93.8), prescripción de vitaminas, hierro o suplemento alimenticio (92.1%; IC95%: 90.9-93.3) y la inmunización con toxoide tetánico para la prevención de tétanos neonatal (89.9%; IC95%: 88.6-91.3). Los menos reportados por las entrevistadas fueron la realización de exámenes de orina (88.5%; IC95%: 87.0-89.9) y de sangre (87.6%; IC95%: 86.1-89.0), la determinación de glucemia (72.2%; IC95%: 70.2-74.2) y la prueba de detección de sífilis (43.2%; IC95%: 41.0-45.3).

En el cuadro II se muestran las estimaciones de coberturas crudas para cada uno de los cinco indicadores utilizados, asimismo, la cobertura de atención continua y la brecha estimada. El grupo de mujeres residentes en área metropolitana y que refirieron estar afiliadas a la seguridad social fue el que presentó la mejor COBAC, con una cobertura de 0.879; IC95%: 0.867-0.891. En contraste, los grupos de mujeres que presentaron la menor COBAC fueron las residentes en área rural pertenecientes al Q-I de NSE (0.722; IC95%: 0.700-0.745); en estas mismas localidades, aquellas sin ningún seguro médico (0.735; IC95%: 0.700-0.770), las mujeres del Q-I, en general (0.741; IC95%: 0.722-0.760), con Seguro Popular (0.745 IC95%: 0.722-0.768); residentes en áreas urbanas (0.751; IC95%: 0.706-0.797) y las mujeres indígenas (0.759; IC95%: 0.740-0.779) (figura 3).

## Discusión

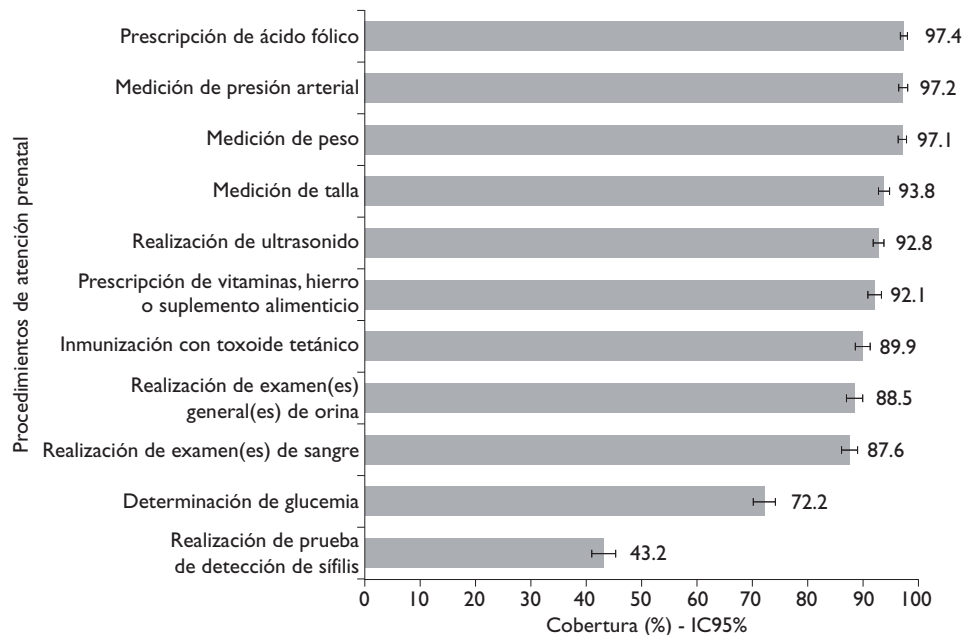
Es evidente que en los últimos años se observa en México una mejoría en la cobertura de los servicios de atención materna. Comparando con estudios similares, la cobertura de las intervenciones aisladas se está incrementando con el paso del tiempo. Lozano y cols.<sup>16</sup> reportaron que, a nivel nacional, la cobertura efectiva de atención prenatal en 2006 era de 67.6% y el presente estudio muestra que, combinando la proporción de mujeres que reciben al menos cinco consultas

\* Stata Corp LP. Stata/SE 11.0 for Windows XP 64 bits. College Station, Texas, EUA: Stata Corp LP, 2009.

**Cuadro I**  
**PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MUJERES CON ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO**  
**EN LOS CINCO AÑOS PREVIOS A LA ENCUESTA. MÉXICO, ENSANUT 2012**

	Nacional	Tipo de localidad			Valor p de tendencia
		Rural	Urbana	Metropolitana	
N	6 143	2 074	1 435	2 634	
N	8 598 144	1 952 638	1 756 601	4 888 904	
%	100	22.64	20.45	56.91	
Media [Error estándar-IC 95%]					
Morbilidad en el último embarazo	0.589 [0.569 - 0.610]	0.526 [0.494 - 0.558]	0.601 [0.566 - 0.636]	0.611 [0.579 - 0.642]	0.001
Años de escolaridad	9.197 [9.021 - 9.374]	7.601 [7.334 - 7.867]	8.949 [8.614 - 9.285]	9.921 [9.668 - 10.18]	0.000
Años de edad al momento del último embarazo*	25.37 [25.12 - 25.62]	25.02 [24.68 - 25.35]	25.15 [24.74 - 25.56]	25.59 [25.21 - 25.97]	0.025
Hogar indígena	0.093 [0.080 - 0.106]	0.203 [0.165 - 0.241]	0.110 [0.081 - 0.139]	0.043 [0.029 - 0.056]	0.000
Esquema de aseguramiento de la salud					
Seguridad social	0.302 [0.281 - 0.323]	0.133 [0.107 - 0.160]	0.226 [0.196 - 0.256]	0.397 [0.363 - 0.431]	0.000
Seguro Popular	0.471 [0.451 - 0.492]	0.681 [0.641 - 0.721]	0.568 [0.531 - 0.605]	0.353 [0.324 - 0.382]	0.000
Ninguno	0.226 [0.206 - 0.247]	0.186 [0.153 - 0.219]	0.206 [0.168 - 0.243]	0.250 [0.219 - 0.281]	0.005
Quintil de nivel socioeconómico					
I	0.139 [0.126 - 0.153]	0.361 [0.325 - 0.397]	0.136 [0.106 - 0.167]	0.052 [0.039 - 0.065]	0.000
II	0.170 [0.156 - 0.183]	0.253 [0.225 - 0.281]	0.223 [0.194 - 0.252]	0.117 [0.100 - 0.135]	0.000
III	0.192 [0.175 - 0.209]	0.195 [0.165 - 0.225]	0.232 [0.202 - 0.261]	0.177 [0.152 - 0.203]	0.183
IV	0.209 [0.191 - 0.228]	0.127 [0.104 - 0.150]	0.218 [0.185 - 0.250]	0.239 [0.211 - 0.268]	0.000
V	0.289 [0.266 - 0.312]	0.064 [0.050 - 0.079]	0.191 [0.155 - 0.227]	0.414 [0.378 - 0.450]	0.000

\* Se refiere a la edad que reportó la mujer tener al momento del embarazo de su último hijo nacido vivo, quien seguía vivo al momento de la encuesta



Nota: Estimaciones realizadas considerando el efecto de diseño de la encuesta, IC95%

**FIGURA 2. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL. MÉXICO, ENSANUT 2012**

**Cuadro II**  
**COBERTURA Y BRECHA ESTIMADAS EN LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA. MÉXICO, ENSANUT 2012**

	Indicadores de continuidad en la atención materna					Cobertura de atención continua (Cobac)	Brecha en la atención continua (I - Cobac)
	Primera consulta en el primer trimestre de embarazo	Al menos cinco visitas prenatales	Contenido de la consulta prenatal	Atención del parto institucional	Anticoncepción post-parto		
	Media [IC95%]						
Nacional	0.844 [0.829-0.858]	0.886 [0.873-0.899]	0.865 [0.858-0.872]	0.951 [0.944-0.959]	0.574 [0.554-0.595]	0.824 [0.817-0.831]	0.176
NSE I	0.751 [0.714-0.789]	0.790 [0.754-0.826]	0.809 [0.792-0.827]	0.850 [0.821-0.879]	0.504 [0.462-0.546]	0.741 [0.722-0.760]	0.259
NSE II	0.830 [0.799-0.861]	0.850 [0.817-0.883]	0.870 [0.856-0.884]	0.965 [0.953-0.978]	0.577 [0.535-0.618]	0.818 [0.804-0.833]	0.182
NSE III	0.828 [0.796-0.861]	0.898 [0.873-0.923]	0.870 [0.855-0.884]	0.965 [0.949-0.981]	0.611 [0.571-0.650]	0.834 [0.819-0.849]	0.166
NSE IV	0.839 [0.804-0.874]	0.887 [0.854-0.920]	0.871 [0.854-0.887]	0.965 [0.947-0.982]	0.582 [0.541-0.624]	0.829 [0.813-0.844]	0.171
NSE V	0.909 [0.884-0.934]	0.945 [0.926-0.964]	0.882 [0.871-0.893]	0.974 [0.961-0.987]	0.577 [0.533-0.621]	0.857 [0.845-0.870]	0.143
Rural	0.818 [0.790-0.845]	0.859 [0.838-0.880]	0.850 [0.839-0.861]	0.900 [0.881-0.920]	0.501 [0.470-0.531]	0.786 [0.773-0.799]	0.214
NSE I	0.764 [0.720-0.809]	0.817 [0.779-0.855]	0.801 [0.780-0.822]	0.802 [0.762-0.843]	0.427 [0.377-0.476]	0.722 [0.700-0.745]	0.278
NSE II	0.854 [0.812-0.895]	0.868 [0.825-0.910]	0.870 [0.849-0.891]	0.975 [0.959-0.991]	0.534 [0.481-0.587]	0.820 [0.799-0.841]	0.180
NSE III	0.833 [0.765-0.900]	0.887 [0.827-0.948]	0.881 [0.858-0.905]	0.941 [0.896-0.987]	0.589 [0.522-0.657]	0.827 [0.795-0.858]	0.173
NSE IV	0.830 [0.788-0.873]	0.857 [0.794-0.920]	0.879 [0.860-0.899]	0.959 [0.932-0.985]	0.524 [0.446-0.603]	0.810 [0.780-0.840]	0.190
NSE V	0.905 [0.836-0.974]	0.980 [0.957-1.002]	0.896 [0.868-0.923]	0.921 [0.844-0.997]	0.468 [0.337-0.599]	0.834 [0.809-0.859]	0.166
Urbano	0.840 [0.810-0.870]	0.877 [0.850-0.903]	0.852 [0.837-0.868]	0.961 [0.946-0.976]	0.562 [0.525-0.598]	0.818 [0.804-0.832]	0.182
NSE I	0.749 [0.670-0.827]	0.768 [0.680-0.857]	0.815 [0.767-0.862]	0.873 [0.803-0.944]	0.552 [0.457-0.647]	0.751 [0.706-0.797]	0.249
NSE II	0.848 [0.804-0.892]	0.867 [0.809-0.924]	0.867 [0.842-0.891]	0.962 [0.939-0.984]	0.533 [0.457-0.610]	0.815 [0.789-0.841]	0.185
NSE III	0.820 [0.757-0.883]	0.882 [0.834-0.930]	0.847 [0.820-0.874]	0.981 [0.966-0.996]	0.615 [0.553-0.677]	0.829 [0.805-0.853]	0.171
NSE IV	0.852 [0.772-0.932]	0.887 [0.829-0.944]	0.861 [0.826-0.895]	0.975 [0.956-0.993]	0.563 [0.484-0.642]	0.827 [0.794-0.861]	0.173
NSE V	0.907 [0.849-0.964]	0.949 [0.904-0.994]	0.860 [0.832-0.889]	0.981 [0.962-1.000]	0.535 [0.451-0.619]	0.846 [0.824-0.869]	0.154
Metropolitana	0.855 [0.835-0.875]	0.900 [0.880-0.919]	0.876 [0.866-0.885]	0.968 [0.959-0.978]	0.608 [0.578-0.639]	0.841 [0.831-0.852]	0.159
NSE I	0.718 [0.617-0.820]	0.736 [0.631-0.841]	0.829 [0.794-0.863]	0.960 [0.923-0.997]	0.673 [0.581-0.766]	0.783 [0.739-0.828]	0.217
NSE II	0.798 [0.734-0.862]	0.823 [0.759-0.887]	0.873 [0.848-0.897]	0.960 [0.935-0.984]	0.643 [0.564-0.722]	0.819 [0.792-0.846]	0.181
NSE III	0.830 [0.784-0.877]	0.909 [0.877-0.942]	0.875 [0.852-0.898]	0.967 [0.945-0.990]	0.618 [0.555-0.680]	0.840 [0.818-0.862]	0.160
NSE IV	0.837 [0.793-0.881]	0.893 [0.848-0.938]	0.872 [0.850-0.895]	0.963 [0.937-0.988]	0.600 [0.545-0.656]	0.833 [0.814-0.853]	0.167
NSE V	0.909 [0.881-0.938]	0.942 [0.920-0.964]	0.885 [0.872-0.898]	0.976 [0.961-0.991]	0.591 [0.539-0.642]	0.860 [0.846-0.875]	0.140
Hogar Indígena							
No indígena	0.848 [0.833-0.864]	0.893 [0.879-0.907]	0.870 [0.863-0.877]	0.960 [0.952-0.968]	0.582 [0.561-0.604]	0.831 [0.823-0.838]	0.169
Indígena	0.797 [0.756-0.837]	0.817 [0.772-0.862]	0.822 [0.801-0.843]	0.864 [0.835-0.893]	0.496 [0.445-0.548]	0.759 [0.740-0.779]	0.241
Grupo etario							
Adolescentes	0.735 [0.684-0.786]	0.823 [0.780-0.867]	0.870 [0.854-0.886]	0.945 [0.915-0.975]	0.479 [0.430-0.527]	0.770 [0.750-0.791]	0.230
Adultas	0.853 [0.838-0.868]	0.891 [0.877-0.905]	0.865 [0.857-0.872]	0.952 [0.944-0.960]	0.583 [0.562-0.604]	0.829 [0.821-0.836]	0.171
Seguro Popular	0.816 [0.794-0.838]	0.859 [0.838-0.879]	0.859 [0.850-0.868]	0.935 [0.923-0.948]	0.558 [0.531-0.584]	0.805 [0.794-0.816]	0.195
NSE I	0.751 [0.710-0.793]	0.796 [0.752-0.839]	0.813 [0.792-0.833]	0.844 [0.809-0.878]	0.521 [0.473-0.569]	0.745 [0.722-0.768]	0.255
NSE II	0.819 [0.777-0.860]	0.866 [0.832-0.899]	0.868 [0.850-0.885]	0.962 [0.945-0.978]	0.566 [0.517-0.616]	0.816 [0.798-0.834]	0.184
NSE III	0.834 [0.795-0.873]	0.901 [0.874-0.928]	0.867 [0.851-0.884]	0.947 [0.919-0.976]	0.601 [0.555-0.647]	0.830 [0.815-0.845]	0.170
NSE IV	0.826 [0.764-0.889]	0.817 [0.756-0.878]	0.874 [0.853-0.896]	0.980 [0.968-0.992]	0.579 [0.516-0.642]	0.815 [0.786-0.845]	0.185
NSE V	0.859 [0.807-0.911]	0.912 [0.865-0.959]	0.880 [0.859-0.901]	0.954 [0.918-0.990]	0.516 [0.444-0.588]	0.824 [0.795-0.854]	0.176

(Continúa)

(Continuación)

## Nacional

Seguridad Social	0.902 [0.876-0.927]	0.949 [0.935-0.964]	0.890 [0.881-0.898]	0.985 [0.977-0.994]	0.633 [0.596-0.669]	0.872 [0.861-0.882]	0.128
Seguro Popular	0.816 [0.794-0.838]	0.859 [0.838-0.879]	0.859 [0.850-0.868]	0.935 [0.923-0.948]	0.558 [0.531-0.584]	0.805 [0.794-0.816]	0.195
Ninguno	0.823 [0.787-0.860]	0.858 [0.823-0.892]	0.845 [0.825-0.865]	0.940 [0.922-0.958]	0.531 [0.484-0.578]	0.799 [0.783-0.815]	0.201

## Rural

Seguridad Social	0.799 [0.699-0.899]	0.893 [0.838-0.949]	0.893 [0.876-0.910]	0.982 [0.968-0.996]	0.595 [0.506-0.683]	0.832 [0.799-0.866]	0.168
Seguro Popular	0.825 [0.794-0.855]	0.869 [0.844-0.894]	0.851 [0.838-0.865]	0.896 [0.872-0.920]	0.510 [0.476-0.543]	0.790 [0.774-0.806]	0.210
Ninguno	0.806 [0.736-0.876]	0.797 [0.733-0.862]	0.814 [0.785-0.844]	0.858 [0.805-0.911]	0.400 [0.313-0.487]	0.735 [0.700-0.770]	0.265

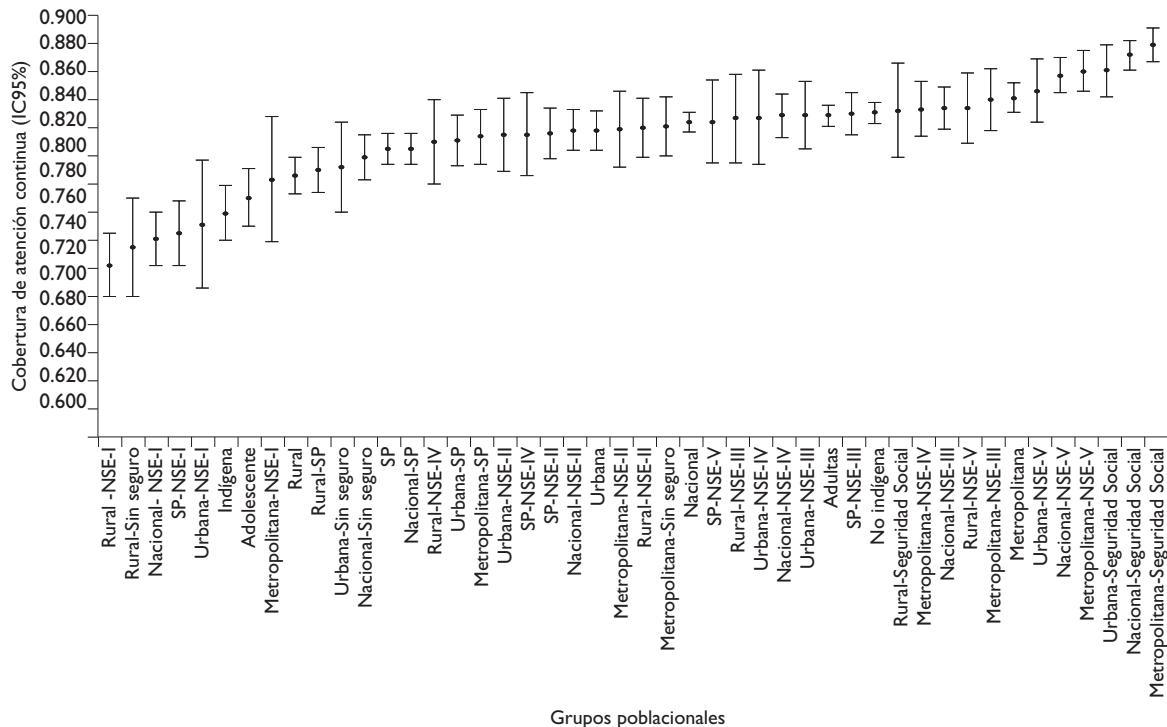
## Urbano

Seguridad Social	0.904 [0.864-0.944]	0.939 [0.905-0.973]	0.883 [0.866-0.900]	0.994 [0.984-1.003]	0.584 [0.507-0.661]	0.861 [0.842-0.879]	0.139
Seguro Popular	0.833 [0.796-0.871]	0.871 [0.839-0.902]	0.847 [0.828-0.866]	0.945 [0.923-0.968]	0.559 [0.513-0.604]	0.811 [0.793-0.829]	0.189
Ninguno	0.789 [0.702-0.875]	0.825 [0.752-0.899]	0.834 [0.800-0.869]	0.967 [0.944-0.990]	0.544 [0.456-0.632]	0.792 [0.760-0.824]	0.208

## Metropolitana

Seguridad Social	0.915 [0.888-0.942]	0.959 [0.943-0.976]	0.891 [0.880-0.901]	0.984 [0.974-0.995]	0.648 [0.603-0.693]	0.879 [0.867-0.891]	0.121
Seguro Popular	0.799 [0.760-0.839]	0.843 [0.802-0.884]	0.872 [0.857-0.887]	0.959 [0.940-0.979]	0.594 [0.545-0.643]	0.814 [0.794-0.833]	0.186
Ninguno	0.839 [0.791-0.886]	0.885 [0.839-0.931]	0.857 [0.829-0.885]	0.956 [0.934-0.979]	0.566 [0.500-0.632]	0.821 [0.800-0.842]	0.179

Nota: Estimaciones realizadas considerando el efecto de diseño de la encuesta, IC95%

NSE: nivel socioeconómico  
SP: Seguro Popular**FIGURA 3. COBERTURA DE ATENCIÓN CONTINUA DEL EMBARAZO Y PARTO POR GRUPOS POBLACIONALES. MÉXICO, ENSANUT 2012**



(0.844; IC95%: 0.873-0.899) con el contenido óptimo de las mismas (0.865; IC95%: 0.858-0.872), la cobertura es de 0.824 (IC95%: 0.817-0.831). Lo mismo sucede con la atención del parto en medio hospitalario que los mismos autores reportaron con 93.3% para 2006, y que para 2012 se observa una cobertura de 0.951 (IC95%: 0.944-0.959) en los partos atendidos en el hospital.

Como se esperaba, la atención prenatal en el primer trimestre es elevada a nivel nacional (0.844; IC95%: 0.829-0.858), pero sólo una proporción de 0.574 (IC95%: 0.554-0.595) recibió anticoncepción posparto. Llama la atención que en la ENSANUT 2012 no se haya incluido ninguna pregunta sobre la atención en el puerperio, pues como indica la NOM-007-SSA2-1993<sup>9</sup> "...las mujeres deben recibir al menos tres consultas en los 30 días posteriores al parto, además de la revisión inmediata después del parto...". La ENADID 2009 reporta que 62.3% de las mujeres que tuvieron un embarazo de 2004 a 2009 se realizaron una revisión en los primeros quince días después de ocurrido el parto,<sup>17</sup> y el Boletín de Información Estadística refiere que, en 2011, se otorgaron en promedio 1.8 consultas en la etapa de puerperio, pero sólo a 54.7% de las mujeres que se atendieron en alguna institución del sector público.<sup>18</sup> La ausencia de información en la ENSANUT 2012 resulta relevante puesto que ese año, en México, una de cada seis muertes maternas sucedió en el puerperio mediato y tardío,<sup>19</sup> además de la importante cantidad de morbilidad materna en esta etapa.

La cobertura de atención continua, además de expandir el tiempo en el cuidado del embarazo hasta el posparto inmediato, es más sensible a la forma como el sistema de salud en México está interactuando con la población que debe ser beneficiada.<sup>20,21</sup> Por ejemplo, las adolescentes están menos protegidas que las mujeres mayores de 20 años; el riesgo de no recibir atención materna continua es 34% más alto en las menores de edad. Además, la cobertura de la atención continua durante el embarazo y el parto es consistente con los indicadores propuestos a nivel internacional. Para la Alianza para la Salud Materna, Neonatal e Infantil (PMNCH, por sus siglas en inglés) el concepto de "Continuum de Atención" emerge como un nuevo paradigma al integrar la dimensión temporal –la atención de la mujer debe comenzar antes del embarazo, preferiblemente durante la adolescencia, continuar en el embarazo, el nacimiento y después del parto; asegurando además la atención de los niños y adolescentes en los años cruciales de sus vidas– con la dimensión espacial, es decir, los cuidados que se ofrecen en la comunidad y en el hogar deberán estar integrados a los servicios de salud en todos sus niveles de atención.<sup>22</sup>

El presente estudio identifica, a través del análisis de la cobertura de la atención materna continua, comparando poblaciones vulnerables según condición de aseguramiento, nivel socioeconómico y área de residencia, que las mujeres residentes en áreas rurales o urbanas y que pertenecían al primer quintil de NSE, con residencia en el área rural sin ningún seguro médico, con afiliación al Seguro Popular y con NSE más bajo, y las mujeres indígenas, no superan una cobertura de atención continua durante el embarazo, parto y posparto de 0.759; (IC95%: 0.740-0.779). En contraste, las mujeres residentes en zonas metropolitanas y que cuentan con seguridad social tienen una cobertura de atención continua de 0.879; (IC95%: 0.867-0.891). Una de las críticas al diseño de los ODM es que al reportar resultados nacionales se ocultan las desigualdades al interior de los países, y con ello se dejan fuera de la agenda política las acciones de equidad en salud. Incorporar este tipo de análisis está en consonancia con el manifiesto propuesto en la 2ª Conferencia Mundial sobre Salud Materna realizada en enero de 2013 en Arusha, Tanzania,<sup>23</sup> que establece en uno de sus puntos "...poner mayor énfasis en llegar a las mujeres invisibles que están socialmente excluidas debido a elementos culturales, geográficos, educativos, de discapacidad y a otros motores de la invisibilidad...".\* En México, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 incorpora, como una de sus metas, la reducción de la brecha de la mortalidad materna de los 125 municipios de más bajo índice de desarrollo humano (IDH) y los Informes de Rendición de Cuentas en Salud dan seguimiento al cumplimiento de esta meta, que presenta resultados muy pobres.<sup>24</sup> Otros estudios muestran que al comparar la razón de mortalidad materna en los 100 municipios de más bajo IDH, y de los 50 de más alto IDH en 2010, se observa que el riesgo de morir por causas maternas en los municipios más pobres es 3.4 veces mayor que en los municipios ricos, y éste sube a 9.9 si se trata de muertes por sepsis puerperal.<sup>25</sup>

El estudio de las brechas en la cobertura de atención continua muestra áreas específicas del país en donde hay que focalizar esfuerzos. La diferencia entre la cobertura de atención materna continua alcanzada por las distintas poblaciones de mujeres y la máxima cobertura lograda marca la primera distancia que hay que cerrar en el país en búsqueda de la cobertura esperada. Sin embargo, la distancia que hay que recorrer para alcanzar la cobertura universal en salud<sup>26</sup> es aún mayor.

\* The Global Maternal Health Conference 2013. Disponible en: <http://maternalhealthtaskforce.org/conference/conference>.

Finalmente, se ha mostrado que México va cubriendo etapas para aspirar a la universalización<sup>27</sup> de los servicios propuesta por la OMS, sin embargo, la imperiosa agenda es cubrir a la población que reconoce no tener acceso a ningún seguro médico, y disminuir las brechas entre éstas y las mujeres que tienen acceso a los servicios de salud y gozan de un sistema de seguro. Cerrar las brechas en materia de cobertura definitivamente disminuirá las desigualdades en salud en México. No se debe perder de vista que la cobertura universal no es sólo salud: también apunta hacia el desarrollo económico<sup>28</sup> y a la cohesión social asegurando que todos, incluyendo los grupos vulnerables, puedan ejercer su derecho a la protección a la salud.<sup>29,30</sup>

### Limitaciones

Es importante reconocer que este estudio toma la información disponible en la ENSANUT 2012 y con ello sólo logra cubrir de manera parcial lo que se entiende por atención continua de la mujer, motivo de este trabajo, aunque el concepto también incluye la salud del niño. También es importante mencionar que el diseño de la encuesta no persigue evaluar los contenidos de la atención continua; para eso es conveniente realizar estudios prospectivos usando los registros rutinarios y paneles de hogares que permitan integrar ambas perspectivas. Asimismo, y más importante aún es construir un sistema de monitoreo con la visión de atención continua de la mujer y el niño con el fin de observar más de cerca el progreso en el logro de los ODM 4 y 5.

### Recomendaciones

Establecer en las unidades médicas un monitoreo sistemático del número de consultas de atención prenatal y de las acciones realizadas en las mismas, asegurando el cumplimiento de los criterios de calidad a lo largo del embarazo; el índice de cobertura de atención continua propuesto en este trabajo puede ser una herramienta valiosa para la evaluación rutinaria, aún en unidades con escasos recursos de registro, por la sencillez de los indicadores.

Fortalecer los programas de capacitación del personal de salud para integrar la atención continua como un componente fundamental en los servicios; la identificación y seguimiento de las mujeres en edad reproductiva, desde la etapa previa al embarazo, durante la atención prenatal, el parto y el postparto, incorporando el seguimiento del recién nacido y el niño en los primeros años de vida, es una estrategia fundamental para el acceso efectivo a la atención.

### Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a la maestra Angélica Castro Ríos por su valiosa colaboración en la revisión bibliográfica.

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

### Referencias

1. Evashwick C. Creating the continuum of care. *Health Matrix* 1989;7(1):30-39
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra, Suiza: OMS, 2005.
3. Ki-moon B. Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y niños. ONU, 2010. [Consultado: 2013 marzo 1]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/sg/pdf/Global%20StrategySP.pdf>.
4. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet* 2007; 370(9595): 1358-1369.
5. PMNCH /WHO 2010 Annual Report. From hope to action. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. World Health Organization. Geneva 2011. [Consultado: 2013 marzo 1] Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/topics/part\\_publications/201103\\_pmnchanualreport/en/index.html](http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/201103_pmnchanualreport/en/index.html).
6. Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010): Taking stock of maternal, newborn and child survival. World Health Organization. 2010. [Consultado: 2013 marzo 4] Disponible en: <http://www.Countdown2015-mnch.org/documents/2010report/CountdownReportAndProfiles.pdf>.
7. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México: SSa, 2001. [Consultado: 2013 marzo 2] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
8. Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. México: SSa, 2008. [Consultado: 2013 marzo 2] Disponible en: <http://nuevelunas.org.mx/Leyes,%20Normas%20e%20Iniciativas/Programa.pdf>.
9. Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial, 1995. [Consultado: 2013 marzo 2] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
10. Tercera Sección. Poder Ejecutivo. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Salud. México: Diario Oficial, 2012. [Consultado: 2013 marzo 2] Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref65\\_07jun12.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref65_07jun12.pdf).
11. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: SSa, 2008. [Consultado: 2013 marzo 2] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/transparencia/Focalizada/Documents/PNDSalud.pdf>.
12. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. WHA58.33. Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 -Comisión A, Octavo Informe. [Consultado: 2013 marzo 2] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/231111/1/WHA58\\_33-sp.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/231111/1/WHA58_33-sp.pdf).
13. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

14. Kolenikov S, Angeles G. The use of discrete data in PCA: theory, simulations, and applications to socioeconomic indices. Chapel Hill: Carolina Population Center, University of North Carolina, 2004.
15. McKenzie DJ. Measuring Inequality with Asset Indicators. *J Popul Econ* 2005(2):229.
16. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan D, Vidal C, et al. Benchmarking Performance of Mexican States Using Effective Coverage. *Lancet* 2006; 368 (9548) : 1729-1741.
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2009. Panorama sociodemográfico de México: principales resultados. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Consejo Nacional de Población, 2011.
18. SSA/DGIS. Boletín de Información estadística. Servicios otorgados y Programas sustantivos, 2011. Vol III, núm. 31). [Consultado: 2013 marzo 12] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>.
19. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. [Consultado: 2013 marzo 12] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>.
20. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* 1978; 56 (2): 295-303.
21. Shengelia B, Tandon A, Adams O, Murray CJL. Access, utilization, quality and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 2005; 61: 97-109.
22. PMNCH. Conceptual and Institutional Framework. Geneva, Switzerland: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006. [Consultado: 2013 enero 18] Disponible en: <http://www.who.int/pmnch/activities/cif/conceptualandinstframework.pdf>
23. Langer A, Horton R, Chalamilla G. A manifesto for maternal health post-2015. *Lancet* 2013; 381(9867):601-602. DOI: 10.1016/S0140-6736-(13)60259-7.
24. SSA/DGED. Rendición de Cuentas en Salud 2010. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño 2011. [Consultado: 2013 marzo 12]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>.
25. Lozano R. La carga de la enfermedad y las desigualdades en salud de las mujeres en México. *Género y Salud en cifras* 2012; 10(1): 11-20.
26. WHO. The World Report 2010. Health Systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO, 2010.
27. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380: 1259-1279.
28. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet* 2012; 380:864-865.
29. Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma y adiciona la ley general de salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003. [Consultado: 2013 marzo 4] Disponible en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro\\_popular/index/pdf/01.pdf](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/01.pdf)
30. SSA. Sistema de Protección en Salud: Hacia un sistema universal de salud. Firma del decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003.