

Predictores de utilización de la atención prenatal

I. Valdez Figueroa, N. Alfaro Alfaro y A. Celis de la Rosa

Objetivo. Establecer la asociación y las posibles interacciones entre los aspectos cognitivos y emocionales de la mujer gestante y la utilización de la atención prenatal institucional. Se partió del supuesto de que el conocimiento y la actitud de la mujer gestante orienta el comportamiento hacia la demanda de atención prenatal.

Diseño. Estudio analítico.

Emplazamiento. Hospitales del Sector Salud de Jalisco, México.

Participantes. Participaron en el estudio 2.955 mujeres con un alta hospitalaria temprana que hubieran tenido un mínimo de 2 consultas prenatales.

Mediciones principales. Características personales y reproductivas de las mujeres, oportunidad y continuidad de la atención prenatal, conocimiento sobre embarazo y el programa de atención prenatal, actitudes hacia la atención médica institucional del embarazo.

Resultados. En el modelo de regresión logística obtenido se observan 6 asociaciones e interacciones entre una atención prenatal no satisfactoria (APNS) y las variables analizadas. Destacan por su fuerte asociación para el logro de una atención prenatal satisfactoria las actitudes positivas y los conocimientos adecuados, aun ante la posibilidad de contar o no con servicios médicos de la seguridad social.

Conclusiones. Es indudable que el referente educacional de la mujer desempeña un papel importante, situación que obliga a los servicios de salud a fortalecer los programas educativos de acuerdo con la cultura de la mujer.

Palabras clave: Atención prenatal. Conocimientos. Actitudes. Predictores.

PREDICTORS OF USE OF ANTE-NATAL CARE

Objective. To establish the association and possible interactions between emotional and cognitive factors in pregnant women and their use of institutional antenatal care. It was assumed that the knowledge and attitude of a pregnant woman determines her approach to demanding antenatal care.

Design. Analytic study.

Setting. Hospitals in the Health Area of Jalisco, Mexico.

Participants. 2955 women leaving hospital early who had had at least 2 antenatal consultations.

Main measurements. Personal and reproductive characteristics of the women, opportunity and continuity of antenatal care, knowledge of pregnancy and the antenatal care programme, attitudes towards institutional medical care of pregnancy.

Results. In the logistical regression model, 6 associations or interactions between unsatisfactory antenatal care and the variables analysed were found. The strong association of positive attitudes and sufficient knowledge in achieving satisfactory antenatal care was notable, and was even placed above the question of receiving, or otherwise, free medical provision from the health service.

Conclusions. Undoubtedly, women's educational background plays a major role. This obliges the health services to strengthen their educational programmes by adjusting them to women's culture.

Key words: Ante-natal care. Knowledge of pregnancy. Attitudes. Predictors.

Salud Pública CUCCS.
Universidad de Guadalajara.
Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia:
Isabel Valdez Figueroa.
Departamento de Salud Pública.
Instituto Regional de Investigación
en Salud Pública.
Francisco Labastida, 653 Colonia
Jardines Alcalde, 44290
Guadalajara, Jalisco, México.

Manuscrito recibido el 24 de
septiembre de 2003.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 3 de agosto de 2004.

Introducción

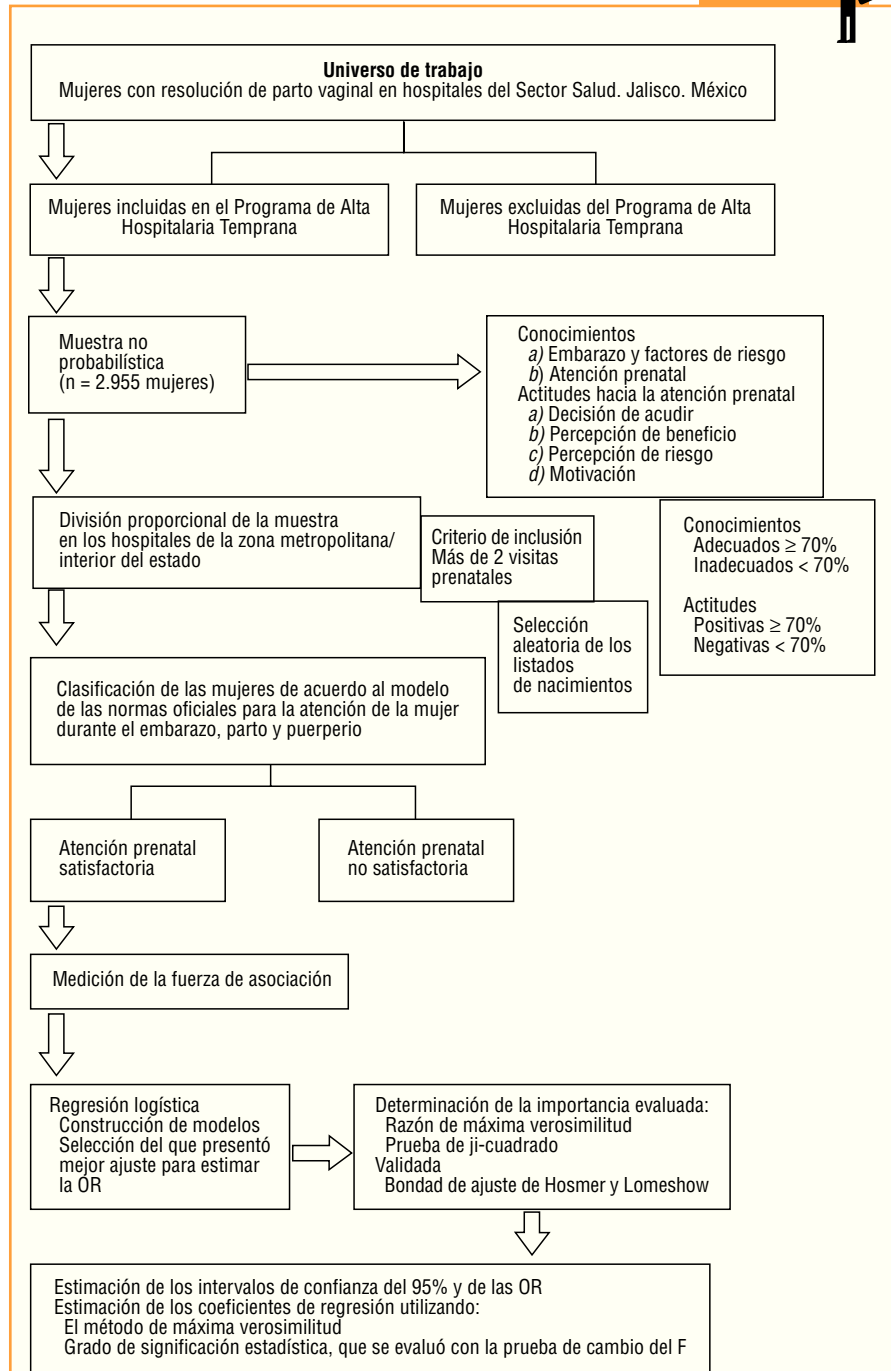
En la atención al embarazo se involucran e interactúan las mujeres usuarias y los servicios institucionales de cuidado y atención a su salud. En esta interacción entran en juego las características de los servicios de salud y los aspectos personales, emocionales y cognitivos de la mujer, ya sea hacia la atención al embarazo o hacia las instituciones de salud, que afectan a su utilización en 2 sentidos: animándola o inhibiéndola¹⁻¹⁶. El objetivo de este trabajo es establecer la asociación y las posibles interacciones entre los aspectos cognitivos y emocionales de la mujer gestante y la utilización de la atención prenatal institucional. Se partió del supuesto de que el conocimiento y la actitud de la mujer gestante orienta el comportamiento hacia la demanda de atención prenatal.

Material y métodos

Se estudió a una muestra no probabilística de 2.955 mujeres incluidas en el programa de alta hospitalaria temprana o puerperio de bajo riesgo¹⁷ de los hospitales de la Zona Metropolitana y de 12 hospitales regionales de zona, ubicados en localidades del interior del Estado de Jalisco, México, pertenecientes al Sector Salud. Se tomó como criterio de inclusión que las mujeres hubieran realizado por lo menos 2 visitas prenatales. El tamaño de la muestra fue calculado sobre la base del evento que se quería estudiar (conocimientos y actitudes) y su forma de medición (escala de Likert). Por cada reactivo que contenía el cuestionario se tomaron 25 mujeres con el fin de incluir a 5 mujeres en cada una de las posiciones de respuesta (siempre, casi siempre, rara vez, ocasionalmente y nunca)¹⁸. La muestra fue dividida proporcionalmente en los hospitales y se realizó una selección aleatoria de las mujeres incluidas en los listados de nacimiento. El cuestionario incluyó características sociodemográficas, reproductivas y nivel socioeconómico¹⁹; oportunidad y periodicidad de la atención médica, y accesibilidad a los servicios de salud. Contó con un apartado de conocimientos y actitudes. Los conocimientos

se estructuraron en 2 bloques: a) los relacionados con el embarazo (signos, síntomas y factores de riesgo), y b) los relacionados con la atención prenatal (actividades del médico en la consulta,

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio observacional, descriptivo, transversal para establecer la relación entre factores socioeconómicos, obstétricos y de conocimiento, respecto al embarazo y el control prenatal.

utilidad de la atención prenatal, periodicidad y oportunidad de la consulta e inclusión en programas preventivos). Las actitudes hacia la atención prenatal institucional se dividieron en: *a)* decisión de acudir a las visitas; *b)* percepción de beneficio; *c)* percepción de riesgo, y *d)* motivación. Se establecieron 2 categorías de conocimientos: adecuados e inadecuados; las actitudes se dividieron en positivas y negativas según la puntuación fuera $\geq 70\%$ o menor de esta cifra, respectivamente. Se realizó un análisis descriptivo mediante la utilización de distribuciones de frecuencia y medidas de resumen que fueran aplicables. Para medir la fuerza de asociación entre la atención prenatal satisfactoria y las variables estudiadas, se clasificó a las mujeres de acuerdo con el modelo de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM-007-SSA2) para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como del recién nacido²⁰. Este modelo es considerado por la Organización Mundial de la Salud como adecuado^{21,22} en: *a)* atención prenatal satisfactoria (APS), cuando la mujer inició la atención prenatal en el transcurso de las primeras 12 semanas de gestación, realizó 5 o más consultas y éstas se llevaron a cabo en las semanas de gestación referidas por las NOM; y *b)* atención prenatal no satisfactoria (APNS), cuando se inició la atención prenatal después de las primeras 12 semanas de gestación o bien cuando, tras iniciar la atención prenatal en las primeras 12 semanas de gestación, no se acumuló el número de consultas establecidas para la semana de gestación.

Para medir la fuerza de asociación entre la atención prenatal satisfactoria y los factores estudiados se utilizaron tablas 2×2 y el test de la χ^2 . Se consideró APS cuando la *odds ratio* (OR) era > 1 y el intervalo de confianza no incluía la unidad. Mediante el paquete Egret se construyeron modelos de regresión logística y se seleccionó el que presentaba un mejor ajuste para estimar la OR. La importancia de estos modelos se evaluó mediante la razón de verosimilitud y la prueba de la χ^2 , validada mediante la bondad de ajuste de Hosmer-Lomeshow. Se estimaron los intervalos de confianza (IC) del 95% y las OR. Los coeficientes de regresión se estimaron con el método de máxima verosimilitud y su grado de significación estadística se evaluó con la prueba de cambio del F²³.

Resultados

Se logró estudiar a 2.955 mujeres, el 48% de hospitales de la zona metropolitana y el 52% de hospitales regionales del interior del Estado de Jalisco. Las características de la población se señalan en las tablas 1 y 2. De acuerdo con el modelo de la Norma Oficial Mexicana, 2.234 mujeres (75,6%) tuvieron una APS y 721 mujeres (24,4%) una APNS, con un promedio de 6,9 consultas por mujer.

Análisis bivariante

En el modelo de análisis se definieron, como criterios de riesgo, la zona de residencia representada por la ubicación geográfica de los hospitales y no contar con seguridad social. Sin embargo, estas 2 situaciones se comportaron como factores protectores para la APNS. Las asociaciones obtenidas se muestran en las tablas 3 y 4.

Interacciones de las variables estudiadas y la atención prenatal

Después de comparar los datos obtenidos de la asociación de la APNS con las diversas variables a través del análisis

TABLA 1 Características de las mujeres del estudio. Jalisco, México

Características	Número	%
Seguridad social		
Sí	1.931	65,3%
No	1.024	34,6%
Edad, años		
14-15	30	1,0
16-19	460	15,5
20-29	1.760	59,5
30-39	668	22,6
40-49	37	1,2
Estado civil		
Casada/con pareja	2.717	91,9%
Soltera	238	8,0
Escolaridad de la mujer		
Analfabeta funcional	697	23,5
Primaria completa	859	29,0
Secundaria incompleta/completa	921	31,1
Bachillerato incompleto/completo	105	3,5
Técnicos, comercio, maestros	252	8,5
Universidad incompleta	75	2,5
Universidad completa	45	1,5
Ocupación		
No trabaja	2.358	79,7
Trabaja	597	20,3
Escolaridad de la pareja		
Analfabeta funcional	845	28,5
Primaria completa	683	23,1
Secundaria incompleta/completa	968	32,7
Bachillerato incompleto/completo	141	4,7
Técnicos, comercio, maestros	142	4,8
Universidad incompleta	94	3,1
Universidad completa	82	2,7
Nivel socioeconómico		
Alto	572	19,3
Medio	843	28,5
Bajo	1.537	52,0

N = 2.955.

simple con el multivariable, los estimadores de las OR crudas se mantuvieron, ya que no mostraron confusión para ninguna otra variable, excepto las variables de actitudes hacia la atención prenatal, y los conocimientos y contar con seguridad social, que mostraron interacción entre ellas. En el modelo de regresión logística obtenido (tabla 5) se observan 6 asociaciones e interacciones entre una APNS y las variables analizadas.

TABLA 2 Características reproductivas de las mujeres del estudio. Jalisco, México

Características	Número	%
Número de embarazos		
Primigestas	915	30,9
2-3	1.262	42,7
4-6	638	21,7
7-9	107	3,6
≥ 10	33	1,1
Antecedentes personales patológicos		
Sí	574	19,4
No	2.381	80,5
Experiencia obstétrica negativa		
Sí	743	25,1
No	2.212	74,8
Antecedentes de cesárea		
Sí	464	15,7
No	2.471	83,6
Abortos		
Sí		14,6
No	434	85,3
	2.521	
Utilización de métodos de planificación		
Sí	1.266	42,8
No	1.689	57,1

N = 2.955.

– Primera interacción: si la disposición para actuar es poca (actitud negativa hacia la atención prenatal institucional) pero la mujer cree que los síntomas de su embarazo son negativos o anormales, aun sin contar con seguridad social, acudirá a la atención prenatal. El conocimiento inadecuado sobre la sintomatología del embarazo es lo que activa la búsqueda de atención prenatal.

– Segunda interacción: si la disposición para actuar es poca (actitud negativa hacia la atención prenatal institucional) pero la mujer sabe que la atención prenatal es efectiva para reducir el riesgo para ella y su bebé (conocimiento adecuado de control prenatal) y no cuenta con seguridad social, su acción se inclinará hacia la atención prenatal. El adecuado conocimiento de la mujer sobre la atención prenatal institucional es el que activa la búsqueda de ayuda.

– Tercera interacción: si la disposición para actuar es poca (actitud negativa hacia el control prenatal institucional) pero la mujer cree que los síntomas de su embarazo son anormales (conocimiento inadecuado de los síntomas del embarazo) y cuenta con seguridad social, se inclinará por la búsqueda de atención prenatal. La sintomatología percibida es la que activa la atención prenatal, aun con actitudes negativas hacia la atención prenatal.

TABLA 3 Factores asociados a la atención prenatal no satisfactoria. Jalisco, México

Variables	APNS	APS	OR	IC del 95%
Localización de los hospitales				
Interior del Estado	255	1.277	0,41	0,35-0,49
Zona metropolitana	466	957		
Seguridad social				
Sí tiene	206	818	0,69	0,57-0,83
No tiene	515	1.416		
Estado civil				
Soltera	76	162	1,51	1,12-2,03
Casada/pareja	645	2.072		
Edad de la madre, años				
≥ 19	143	347	1,34	1,02-1,75
20-29	412	1.348	1,00	
≥ 30	166	539	0,99	0,80-1,75
Escolaridad de la pareja				
Analfabeta funcional	203	642	1,10	0,90-1,36
Primaria	200	483	1,44	1,17-1,78
Secundaria/bachillerato/profesional	318	1.109	1,00	
Nivel socioeconómico				
Bajo	396	1.142	1,79	1,38-2,31
Medio	231	613	1,94	1,47-2,00
Alto	94	479	1,00	
Número de embarazos				
1-3	509	1.668	1	
4-6	166	472	1,15	0,94-1,42
≥ 7	46	94	1,60	1,09-2,35
Antecedentes personales patológicos				
Sí	161	413	1,27	1,03-1,56
No	560	1.821		
Medio de transporte				
Camina	203	712	1	
Transporte público	498	1.196	1,46	1,21-1,77
Transporte propio	54	292	0,65	0,46-0,91
Atención enseguida				
No	172	397	1,45	1,18-1,78
Sí	549	1.837		

APNS: atención prenatal no satisfactoria; APS: atención prenatal satisfactoria; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio. OR, p < 0,05. N = 2.955.

– Cuarta interacción: si la disposición para actuar es poca (actitud negativa hacia el control prenatal institucional) y la mujer sabe que la atención prenatal es efectiva para reducir el riesgo para ella y su bebé (conocimiento adecuado de la atención prenatal) y cuenta con seguridad social, su acción debida a los conocimientos adecuados de la atención prenatal se inclinará hacia ésta.

– Quinta interacción: si la disposición para actuar es considerable (actitud positiva hacia el control prenatal institu-

TABLA 4 Factores asociados a la atención prenatal no satisfactoria. Jalisco, México

Variables	APNS	APS	OR	IC del 95%
Conocimientos, signos, síntomas del embarazo				
Inadecuados	219	1.526	0,20	0,17-0,24
Adecuados	502	708		
Conocimientos de la atención prenatal institucional				
Inadecuados	518	1.467	1,33	1,10-1,61
Adecuados	203	76		
Actitudes hacia la atención prenatal institucional				
Negativas	396	930	1,71	1,44-2,03
Positivas	325	1.304		

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; APNS: atención prenatal no satisfactoria; APS: atención prenatal satisfactoria.
 OR, $p < 0,05$. N = 2.955.

cional), la mujer cree que los síntomas que experimenta son negativos y no cuenta con la medida de seguridad social, su acción se inclinará fuertemente reforzada por la actitud hacia la atención prenatal; esta combinación presenta la OR más baja.

– Sexta interacción: si la disposición para actuar es considerable (actitud positiva hacia el control prenatal institucional) y la mujer no tiene información sobre los beneficios de la atención prenatal (conocimientos inadecuados de la atención prenatal) y cuenta con seguridad social, la actitud es decisiva para la búsqueda de atención prenatal. Esta combinación presentó la OR más alta. Las variables de conocimientos, tanto los inadecuados sobre los síntomas de

embarazo como los adecuados sobre la atención prenatal y las actitudes positivas hacia la atención institucional del embarazo, se comportan como factores protectores y presentan variaciones en las OR, con independencia de que las mujeres cuenten con los servicios médicos de la seguridad social.

Discusión

El hecho de seleccionar a las mujeres dentro del programa de alta hospitalaria temprana o puerperio de bajo riesgo (designación que gira alrededor de las características del evento obstétrico) tuvo como resultado que en la muestra se incluyera a mujeres embarazadas con edades por fuera de los límites de edad marcados como óptimos, con antecedentes de enfermedades y con una experiencia obstétrica negativa. Aunque la muestra no fue probabilística debido a que el interés estuvo más centrado en la validez interna que en la externa²⁴, consideramos que las características generales de las mujeres entrevistadas no difieren de las del resto de la población del Estado; esto se justifica porque fueron captadas en los hospitales regionales de zona, que atienden a usuarias de las diferentes unidades de primer nivel de atención. En el estudio de la utilización de la atención prenatal, la investigación y operatividad de los componentes afectivos y cognoscitivos que se abordan en este estudio han sido escasos, tanto para la población en general como para la de Jalisco en particular; por tanto, esta situación que no permite contar con referentes de otros estudios para realizar comparaciones de datos. La información disponible resulta de investigaciones que abordan

TABLA 5 Asociaciones e interacciones obtenidas entre actitudes, conocimientos y la presencia de seguridad social, con un control prenatal no satisfactorio. Jalisco, México

Actitud hacia el control prenatal	Conocimiento	Seguridad social	OR	IC del 95%
1. Negativa	Inadecuado sobre síntomas del embarazo	No tiene	0,4	0,41-0,34
	Disposición para actuar			
2. Negativa	Adecuado sobre atención prenatal institucional	No tiene	0,4	0,45-0,44
	Disposición para actuar			
3. Negativa	Inadecuado sobre	Sí tiene	0,6	0,57-0,55
	síntomas del embarazo			
4. Negativa	Adecuado sobre atención prenatal institucional	Sí tiene	0,7	0,63-0,71
	Disposición para actuar			
5. Positiva	Inadecuado sobre	No tiene	0,3	0,29-0,38
	síntomas del embarazo			
6. Positiva	Inadecuado sobre	Sí tiene	0,8	0,79-0,89
	atención prenatal institucional			
7. Positiva	Adecuados	Sí tiene	1,0	Grupo de referencia
	Disposición para actuar			

Estimaciones ajustadas por hospitales de atención.

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Un porcentaje considerable de mujeres embarazadas no acude a la atención prenatal de forma oportuna y adecuada.
- Los componentes que aborda este estudio han sido estudiados de forma aislada.
- El conocimiento de la interacción entre ellos permitiría precisar la intencionalidad de los programas educativos.

Qué aporta este estudio

- Señala la responsabilidad e importancia de los sistemas de salud en la demanda de atención prenatal.
- Señala las necesidades educativas en salud de esta población.
- Proporciona las bases para el diseño y las líneas de acción de programas educativos en salud.

de forma aislada alguno de estos componentes, así como de una lectura del contexto económico y político de los servicios de salud en nuestro país. Ante esta situación particular, los datos del informe del Instituto Mexicano del Seguro Social²⁴ señalan un retraso en su infraestructura que se ha traducido en una disminución de los índices de recursos por habitante, que se han situado en cifras inferiores a las necesarias. Esta situación se ha reflejado en un desabastecimiento de medicamentos y materiales de curación, un aumento de los tiempos de espera para la atención en consulta y un incremento del período entre una consulta de especialidad y una cirugía electiva. Esta situación crea condiciones que transforman los servicios de atención prenatal en ineficientes desde el punto de vista de la gestante, lo que desestimula su utilización y podría explicar las actitudes negativas evidenciadas en este grupo de estudio. Por otra parte, Villaseñor et al²⁵ hallaron que entre los problemas referidos por la población concerniente a esta institución se encontraban los tiempos para las citas, el tiempo de consulta y los mecanismos de referencia. De acuerdo con los resultados obtenidos, el mejor conocimiento sobre el control prenatal implica una APS. Al respecto, Sable et al²⁶ y Michie et al²⁷ señalan que el aspecto cognitivo de la mujer sobre la eficacia de la atención prenatal institucional contribuye a la toma de decisión. Cuando la mujer posee conocimientos inadecuados sobre los síntomas que ocurren durante el embarazo, no cuenta con elementos de interpretación de lo que podría ser normal o anormal; esto

puede provocar incertidumbre y ansiedad (Infante²⁸, Ruiz et al²⁹, Salinas et al³⁰) y orienta el comportamiento hacia una demanda de atención prenatal; por su parte, el conocimiento adecuado de la sintomatología del embarazo se comporta como un factor protector para la APNS. En las asociaciones e interacciones obtenidas en el modelo se observan unas relaciones complejas entre la seguridad social, las actitudes y los conocimientos. Resalta la importancia de los elementos cognoscitivos y emocionales como predictores de la disposición de actuar, aun ante la posibilidad de contar o no con un esquema de atención médica institucional. La información analizada refleja la trascendencia de 3 aspectos fundamentales para la oportuna atención médica del embarazo:

1. El hallazgo de contar con seguridad social no garantiza una mejor atención prenatal.
2. La actitud negativa hacia la atención prenatal institucional.
3. Los bajos conocimientos del grupo estudiado sobre el embarazo y la atención prenatal.

Es indudable que el referente educacional desempeña un papel importante, la falta o la mala educación para la salud lleva a la mujer a no realizar una atención prenatal oportuna y continua, a desconocer el funcionamiento y adaptación de su cuerpo durante la gestación, y a desconocer e incluso a rechazar los beneficios de la atención médica. Estos resultados deberán ser motivo de nuevas hipótesis para proyectos futuros desde la perspectiva de la educación y la cultura de la salud.

Bibliografía

1. Shaffer CF. Factors influencing the access to prenatal care by hispanic pregnant. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002;14:93-6.
2. Kupek E, Petrou S, Vause S, Maresh M. Clinical, provider and sociodemographic of late in initiation of antenatal care in England and Wales. *BJOG.* 2002;109:265-73.
3. Chandler D. Late entry into prenatal care in a rural setting. *J Midwifer Womens Health.* 2002;47:28-34.
4. Hulsey TM. Association between early prenatal care and mother's intention of and desire for the pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001;30:275-82.
5. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Olmedo M, Bueno-Cavanillas A, Gálvez-Vargas R. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Prev Med.* 1997; 26: 834-8.
6. Swenson IE, Thang NM, Nhan VQ, Tieu PX. Factors related to the utilization of prenatal care in Vietnam. *J Top Me Hyg.* 1993;96:76-85.
7. Moss NE, Hensleigh PA. Initiation of prenatal care by adolescents associations with social support, stress and Hispanic ethnicity. *J Perinatol.* 1990;10:170-4.
8. Hulk BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care.* 1985;23:438-69.
9. MacDonald TP, Coburn AF. Predictors of prenatal care utilization. *Soc Sci Med.* 1988;27:167-72.

10. York WP. Maternal factors that inadequate prenatal care. *Public Health Nurs.* 1993;10:242-4.
11. Hansell MJ. Sociodemographic factors and the quality of prenatal care. *Am J Public Health.* 1991;23:438-60.
12. Joseph CL. Identification of factors associated with delayed antenatal care. *J Natl Med Assoc.* 1989;81:57-63.
13. Harvey SM, Fabe KS. Obstacles to prenatal care following implementation of community-based program to reduce financial barriers. *Fam Plann Perspect.* 1993;25:32-6.
14. Garrocho C. Análisis socioespacial de los servicios de salud, accesibilidad, utilización y calidad. Toluca: El Colegio Mexiquense, A.C., DIF; 1995.
15. Duncan P. La evaluación de los servicios, la perspectiva de la gente. Taller regional sobre evaluación de servicios de salud materno infantil. Venezuela: Organización Panamericana de la Salud; 1987.
16. Arredondo A. Modelos explicativos sobre la utilización de los servicios de salud; revisión y análisis. *Salud Pública de México* 1992;1:36-49.
17. Programa de atención del puerperio de bajo riesgo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1983.
18. Anastasi A. Test psicológicos. Madrid: Ed Aguilar; 1992.
19. Germani G, Ferrera H. Medicina de la comunidad. Buenos Aires: Interamericana; 1985.
20. Norma Oficial Mexicana NOM- 007-SSA2 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. México: Secretaría de Salud; 1994.
21. Bergsjö P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care: II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes some especial conditions and examinations. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76:15-25.
22. Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996;75:1-14.
23. Kleinbaum DG, Kupper DG. Validity general considerations. En: *Epidemiology research, principles and quantitative methods.* New York: Van Nostrand Reinhold; 1982.p. 186-7.
24. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.
25. Villaseñor-Farías M, Alfaro-Alfaro N, Valadez-Figueroa I. Necesidades de salud y calidad de la atención a la salud desde la perspectiva de la sociedad. Etapa cualitativa. Jalisco: Dirección General de Planeación. Secretaría de Salud; 2001.
26. Sable RR, Stockbauer JW, Schramm WF, Land GH. Differentiating the barriers to adequate prenatal care in Missouri, 1987-1988. *Public Health Rep.* 1990;105:549-55.
27. Michie S, Marteu TM, Kidd J. Cognitive predictors of attendance at antenatal classes. *Br J Clin Psychol.* 1990;29:193-9.
28. Infante C. Utilización de los servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *SPM.* 1990;32:419-29.
29. Ruiz J, Martínez R. Necesidades y expectativas de la mujer durante el proceso de embarazo. *Perinatol Reprod Human.* 1998; 3:141-8.
30. Salinas AM, Martínez C, Pérez J. Percepción de sintomatología común durante el embarazo, puerperio y lactancia. *SPM.* 1991;33: 248-58.