

Evolución de las desigualdades según la clase social en el control del embarazo en Barcelona (1994-97 frente a 2000-03)

Joaquín Salvador^a / Gemma Cano-Serral^a / Maica Rodríguez-Sanz^a / Joan R. Villalbi^a / Montserrat Cunillé^a /
Montserrat Ricart^a / Angelina Roig^a / Anna Lladonosa^b / Carme Borrell^a

^aServicio de Sistemas de Información Sanitaria, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España;

^bAdknomia Health Research, Barcelona, España.

(Trends in social inequalities in pregnancy care in Barcelona (Spain), 1994-97 versus 2000-03)

Resumen

Objetivo: Describir y comparar las desigualdades según la clase social en el control del embarazo en Barcelona durante 2 períodos.

Métodos: Se comparan 2 cuatrienios: 1994-1997 y 2000-2003. La población de estudio son las gestantes de Barcelona y la muestra los controles del Registro de Defectos Congénitos de Barcelona (n = 905 en 1994-1997; n = 927 en 2000-2003). Las fuentes de información son las historias hospitalarias y una encuesta realizada a las madres. Las variables dependientes son: planificación del embarazo, ingesta de ácido fólico antes del embarazo, consumo de tabaco, número de visitas al obstetra, trimestre de primera visita, número de ecografías, ecografía del quinto mes, prueba invasiva y abandono del tabaco. Las variables independientes son la edad y la clase social. Se ajustaron modelos de regresión logística para cada variable dependiente según la clase social y se compararon los resultados entre cuatrienios.

Resultados: Tanto las gestantes de clases de ocupación manual como las de no manual presentan mejorías en el segundo cuatrienio en 7 de los 10 indicadores (no son exactamente los mismos en ambas clases). Sin embargo, cuando comparamos las variaciones interclase entre los 2 cuatrienios se registran diferencias en 8 de los 10 indicadores, 7 a favor de las clases más favorecidas y uno a favor de las menos favorecidas.

Conclusiones: Excepto para una de las situaciones analizadas (hacer más de 3 ecografías), las clases menos favorecidas presentan peores resultados que las más favorecidas al comparar la tendencia de los indicadores entre los 2 períodos. La distancia entre clases en el ámbito del control de la gestación se acentúa con el tiempo.

Palabras clave: Desigualdades. Nivel socioeconómico. Embarazo. Control. Salud pública. Tendencias.

Correspondencia: Joaquín Salvador.
Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.
Agencia de Salud Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1.
08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: jsalvado@asp.es.

Recibido: 7 de julio de 2006.

Aceptado: 19 de marzo de 2007.

Abstract

Objective: To describe and compare social inequalities in pregnancy care among pregnant women living in Barcelona (Spain) in 2 periods.

Methods: Two 4-year periods were compared: 1994-1997 and 2000-2003. The study population consisted of pregnant women living in Barcelona and the control sample was drawn from the Barcelona Birth Defects Registry (n = 905 in 1994-1997; n = 927 in 2000-2003). Medical records and personal interviews with the mothers were used as information sources. The dependent variables were pregnancy planning, prenatal use of folic acid, smoking, the number of obstetric visits, trimester of the first visit, the number of obstetric ultrasound scans, fifth-month diagnostic ultrasound scan, invasive procedures, and smoking cessation. The independent variables were maternal age and social class. Maternal age-adjusted logistic regression models for each dependent variable according to social class were calculated and the results for both 4-year periods were compared.

Results: Pregnant women in both manual and non-manual occupational classes showed better results in the second period in 7 out of 10 variables (although the results were not identical in the 2 occupational classes). However, when interclass variations between the 2 periods were compared, differences in 8 out of 10 variables were found: 7 indicators were more favorable in the more privileged classes and only one was more favorable in the less privileged classes.

Conclusions: Except for one of the variables analyzed (more than 3 ultrasound scans), the less privileged classes showed poorer results than the more privileged classes when the tendencies in indicators were compared between the two periods. The gap between social classes in pregnancy care is increasing over time.

Key words: Inequalities. Socioeconomic position. Pregnancy. Care. Public health. Trends.

Introducción

La relación entre el nivel socioeconómico y los indicadores de salud es bien conocida¹⁻⁴; se produce en el sentido de que las clases más privilegiadas presentan mejores indicadores que las

menos privilegiadas y se extiende a prácticamente todos los aspectos sanitarios, incluido el control del embarazo⁵⁻⁷. Por otra parte, los enormes avances producidos en el campo de la genética, la medicina fetal y el diagnóstico prenatal, junto con la existencia de una ley despenalizadora del aborto, han propiciado una creciente demanda social de instrumentos para planificar y controlar la descendencia. La salud reproductiva se ha convertido así en una prioridad sanitaria en los países desarrollados.

En un artículo previo⁸ constatábamos que hay ciertas desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo en Barcelona, de manera que las clases menos favorecidas presentaban proporciones más elevadas de gestantes con situaciones alejadas del nivel óptimo para la mayoría de las variables analizadas. Por su parte, las clases más favorecidas también presentaban algunas situaciones alejadas del nivel óptimo, pero siempre por exceso⁸. Como comentamos en dicho artículo, la información relativa a las desigualdades sociales en el cuidado y el control del embarazo es escasa. Lógicamente, aún lo es más la que hace referencia a la trayectoria temporal de estas desigualdades. El objetivo del presente artículo es analizar en 2 períodos no consecutivos (1994-1997 y 2000-2003) diversos indicadores de control de la gestación en 2 estratos de clase social en Barcelona.

Material y métodos

Población de estudio y fuentes de información

Se trata de un estudio de base individual, con 2 cortes transversales, en el que la población de estudio fueron las mujeres residentes en Barcelona que tuvieron un hijo sin anomalías congénitas en 2 períodos (1994-1997 y 2000-2003), en los que se recogieron datos de 905 y 927 mujeres, respectivamente. Se excluyeron 31 mujeres (3,3%) en el primer período y 24 (2,5%) en el segundo, debido a que en ellas no se pudo realizar la encuesta.

Los datos se obtuvieron de los controles incluidos en el estudio poblacional de casos y controles del Registro de Defectos Congénitos de la ciudad de Barcelona (REDCB)⁹. El REDCB recoge información sobre los nacimientos ocurridos en el área de Barcelona desde el año 1992 seleccionando una muestra aleatoria del 2% del total de nacimientos sin anomalías congénitas de todas las maternidades de la ciudad. Los controles se seleccionan independientemente de la aparición de casos (no emparejados) y de forma proporcional al número de nacimientos de cada maternidad mediante un muestreo aleatorio sim-

ple. Un grupo de 3 enfermeras específicamente entrenadas recoge la información en un cuestionario diseñado para el registro a partir de las historias hospitalarias y de una entrevista personal realizada a la madre, mientras ésta permanece ingresada en la maternidad, o bien por teléfono en caso de haber sido dada de alta. El cuestionario incluye información demográfica, socioeconómica, obstétrica, reproductiva y neonatal.

Variables

Se han elegido y categorizado para el análisis las siguientes variables dependientes (aparecen en cursiva las situaciones consideradas peores): planificación del embarazo (sí, *no*), ingesta de ácido fólico un mes antes del embarazo (sí, *no*), consumo de tabaco (sí, *no*), número de visitas al obstetra (*menos de 6*, entre 6 y 12, *más de 12*), momento de la primera visita al obstetra (primer trimestre del embarazo, *después del primer trimestre*), número de ecografías obstétricas (entre 1 y 3, *más de 3* [en la muestra no hay ninguna gestante que no se haya hecho ninguna ecografía]), ecografía en el quinto mes (sí, *no*), prueba invasiva (sí, *no*) y, entre las gestantes fumadoras, abandonar el consumo de tabaco (sí, *no*). La mayor parte de los criterios utilizados en la categorización de las variables están basados en los protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO)¹⁰.

De los 10 indicadores analizados, 5 corresponden a variables de control del embarazo (no planificación, menos de 6 visitas, primera visita después del primer trimestre, sin ecografía en el quinto mes y sin prueba invasiva), otros 3 son de protección (la del ácido fólico y las 2 de hábito tabáquico) y los 2 restantes, de gasto excesivo de recursos (más de 12 visitas y más de 3 ecografías). Otra forma de clasificar los indicadores es reconociendo el sujeto activo de las variables. Así, no planificar el embarazo, fumar, hacer la primera visita después del primer trimestre y no abandonar el tabaco son variables que dependen en cierta medida de la mujer gestante, mientras que en el resto, el sujeto activo es el propio sistema sanitario (quizás hacer menos de 6 visitas depende de una combinación de ambos).

La edad y la clase social se consideraron variables independientes. La clase social se ha obtenido a partir de la ocupación de la gestante (o, en su ausencia, la de su pareja) utilizando la adaptación española de la clasificación británica realizada por la Sociedad Española de Epidemiología¹¹. Para el análisis se han establecido 2 grupos de clase social: las trabajadoras no manuales (clase más privilegiada) y las manuales (clase menos privilegiada). La edad materna se ha introducido como variable continua.

Análisis de los datos

Para conocer las características generales de la población de estudio, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables en ambos períodos mediante distribuciones de la muestra por edad materna y clase social, así como con el cálculo de las proporciones de situaciones no óptimas (subrayadas al describir las variables) de los indicadores del cuidado y el control del embarazo analizados. Posteriormente, se hizo un análisis de las diferencias entre ambas clases de cada uno de los indicadores analizados en los 2 períodos (1994-1997 y 2000-2003) mediante el cálculo de las *odds ratio* (OR) ajustadas por edad con su intervalo de confianza (IC) del 95%, a partir del ajuste de modelos de regresión logística; la categoría de referencia era el grupo de gestantes con ocupación no manual. Finalmente, se compararon las desigualdades según la clase social de cada indicador entre los 2 períodos.

Todos los análisis se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados

En la tabla 1 se presenta una descripción general de la muestra en ambos períodos. En cuanto a las variables sociodemográficas (independientes), se observa un desplazamiento de la edad materna hacia edades más avanzadas: la proporción de madres con edades superiores a los 34 años pasa del 19,7% en el período 1994-1997 al 28,0% en 2000-2003. No varía la distribución de la muestra por clase social, con un 68% de gestantes de ocupaciones no manuales y un 32% de ocupaciones manuales en ambos períodos.

En lo que respecta a los indicadores de control de la gestación, de los 10 analizados, 7 han experimentado mejoras de distinto grado y los 3 restantes (hacer menos de 6 visitas obstétricas, más de 3 ecografías y no abandonar el tabaco) han empeorado ligeramente (tabla 1).

La comparación entre clases de los indicadores a partir del control del efecto de la edad materna en cada uno de los 2 períodos se presenta en la tabla 2.

Situaciones pregestacionales

La clase más privilegiada (trabajadoras no manuales) presenta cifras de embarazos planificados superiores a la clase menos privilegiada en ambos períodos y la magnitud de estas diferencias es similar (OR = 2,3 en ambos) y estadísticamente significativas. En cuanto a la ingesta de ácido fólico pregestacional, muy

Tabla 1. Descripción de la muestra de gestantes en los 2 períodos de estudio en Barcelona: 1994-1997 y 2000-2003

Variables independientes	1994-1997 n (%)	2000-2003 n (%)
Edad de la madre (años)		
≤ 19	10 (1,1)	14 (1,5)
20-24	52 (5,8)	71 (7,7)
25-29	271 (30,0)	191 (20,7)
30-34	392 (43,4)	389 (42,1)
≥ 35	178 (19,7)	259 (28,0)
Clase social		
No manuales	592 (68,3)	605 (68,4)
Manuales	275 (31,7)	280 (31,6)
Indicadores (variables dependientes)		
Sin planificación	216 (24,3)	191 (21,1)
No ácido fólico	901 (99,4)	798 (86,1)
Consumo de tabaco	425 (47,0)	318 (34,4)
Menos de 6 visitas	25 (2,9)	28 (3,1)
Más de 12 visitas	142 (16,6)	110 (12,1)
Primera visita después del primer trimestre	34 (3,8)	27 (3,0)
Más de 3 ecografías	660 (74,2)	685 (75,0)
Sin ecografía en el quinto mes	201 (25,9)	142 (16,3)
Sin prueba invasiva	693 (77,8)	621 (68,2)
Sin abandono del tabaco ^a	251 (59,1)	199 (62,6)
Total	905 (100,0)	927 (100,0)

^aEl denominador de este indicador son las gestantes que fuman al inicio de la gestación.

relacionada con la planificación del embarazo, no se registran diferencias entre clases en el primer período, ya que ambas presentan proporciones de mujeres que no lo ingerían por encima del 99%. Sin embargo, en el segundo período se registra una diferencia estadísticamente significativa (OR = 1,5), debido a una mejoría más acusada en la clase más privilegiada (83%) que en la menos privilegiada (91,1%).

La proporción de gestantes fumadoras es inferior en la clase más privilegiada en ambos períodos, pero sólo en el segundo período esta diferencia entre clases es estadísticamente significativa (OR = 2,2), en función de una franca mejoría entre las trabajadoras no manuales (del 45,3 al 29,3%), que no es tan acusada entre las manuales (del 50,5 al 45,5%).

Situaciones gestacionales

La clase menos privilegiada presenta mayor proporción de gestantes con menos de 6 visitas al obstetra en ambos períodos, aunque en el primer período la diferencia no es estadísticamente significativa (OR = 2,1) y sí lo es en el segundo (OR = 3,0), en función de un empeoramiento en la clase menos privilegiada, que pasa del 4,4 al 6,1%, sin apenas variación en la

Tabla 2. Indicadores de control y cuidado del embarazo según la clase social en 2 períodos y grado de asociación entre los indicadores y la clase social (expresado en OR de la clase manual respecto a la no manual, con IC del 95% y ajustados por edad materna)

Indicadores	1994-1997			2000-2003		
	Trabajadoras manuales % (n)	Trabajadoras no manuales % (n)	OR (IC del 95%)	Trabajadoras manuales % (n)	Trabajadoras no manuales % (n)	OR (IC del 95%)
Sin planificación	35,6 (96)	18,8 (111)	2,3 (1,6-3,1) ^a	33,7 (92)	14,7 (88)	2,3 (1,6-3,4)
No ácido fólico	99,6 (274)	99,3 (588)	—	91,1 (255)	83,0 (502)	1,5 (1,2-3,2)
Fumar	50,5 (139)	45,3 (268)	1,1 (0,8-1,5)	45,5 (127)	29,3 (177)	2,2 (1,5-2,8)
Menos de 6 visitas	4,4 (10)	1,7 (8)	2,1 (0,8-5,7)	6,1 (15)	1,9 (10)	3,0 (1,2-7,2)
Más de 12 visitas	14,2 (36)	18,7 (104)	0,7 (0,5-1,1)	10,2 (26)	13,2 (78)	0,8 (0,5-1-3)
Primera visita tras el primer trimestre	5,6 (15)	2,6 (15)	2,1 (1,0-4,4) ^a	7,4 (20)	0,8 (5)	6,9 (2,4-19,8)
Más de 3 ecografías	67,5 (183)	77,9 (455)	0,6 (0,5-0,9) ^a	56,7 (157)	84,6 (506)	0,3 (0,2-0,4)
Sin ecografía en el quinto mes	25,4 (60)	25,3 (129)	0,9 (0,6-1,3)	19,8 (52)	14,0 (80)	1,3 (0,9-2,0)
Sin prueba invasiva	83,8 (228)	74,4 (438)	1,6 (1,1-2,5) ^a	80,3 (220)	61,5 (369)	1,5 (1,1-2,2)
Sin abandono del tabaco ^a	62,6 (87)	56,0 (150)	1,3 (0,8-2)	70,1 (89)	56,5 (100)	1,8 (1,1-3,0)

^aEl denominador de este indicador son las gestantes que fuman al inicio de la gestación.

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

más privilegiada (del 1,7 al 1,9%). En cambio, la proporción de gestantes con más de 12 visitas presenta cifras más elevadas en la clase más privilegiada y ambas clases mejoran sus cifras en el segundo período. No obstante, no se registran diferencias entre clases estadísticamente significativas en ninguno de los 2 períodos.

La proporción de gestantes con la primera visita al obstetra después del primer trimestre de la gestación presenta diferencias entre clases estadísticamente significativas a favor de las más privilegiadas en ambos períodos, pero en el segundo período esta diferencia (OR = 6,9) es mayor que en primero (OR = 2,1), en función de un empeoramiento en las trabajadoras manuales y una mejora en las no manuales.

El indicador de hacer ecografías obstétricas en exceso (más de 3) presenta diferencias estadísticamente significativas entre las clases en ambos períodos, en el sentido de que las proporciones de gestantes que se realizan ecografías en exceso son más elevadas entre las trabajadoras no manuales. Estas diferencias se hacen más evidentes en el segundo período (OR = 0,3) con respecto al primero (OR = 0,6), en función de una mejora en la clase menos privilegiada (pasa del 67,5 al 56,7%), mientras que empeora en la clase más privilegiada (del 77,9 al 84,6%). Por otra parte, no hacer ecografía en el quinto mes de gestación no presenta diferencias interclase en el primer período, con un 25% en ambas clases. En el segundo período mejoran las cifras en ambas clases sociales, pero la mejora es mayor en la clase más privilegiada (14%) que en la menos privilegiada (19,8%), aunque esta diferencia no alcanza significación estadística.

En cuanto a no realizarse una prueba invasiva, se registran diferencias entre clases estadísticamente significativas y de magnitudes similares a favor de las más privilegiadas en ambos períodos (OR = 1,6 y 1,5, respectivamente).

La proporción de gestantes fumadoras que no abandonan el consumo durante el embarazo es menor en la clase más privilegiada en ambos períodos, pero sólo en el segundo esta diferencia entre clases es estadísticamente significativa (OR = 1,8). Esta vez los resultados se producen en función de un empeoramiento de las cifras en las trabajadoras manuales (del 62,6 al 70,1%), mientras que en las no manuales las cifras no varían (alrededor del 56% en ambos períodos).

Discusión

En un artículo previo constatamos que las gestantes de clases sociales más favorecidas realizan, en general, un cuidado y un control del embarazo mejores, que en ambas clases se produce una excesiva medicalización de la gestación (visitas, ecografías) y que esta situación se produce de manera más acusada en la clase más favorecida⁸.

En el presente artículo, que analiza las desigualdades según la clase social de los indicadores estudiados en el artículo previo en 2 cuatrienios no consecutivos, se observa que la mayor parte de los indicadores (7) de control del embarazo estudiados en Barcelona mejoran en el segundo período (2000-2003) con respecto al primero (1994-1997) y que la mag-

nitud de la mejoría es, en general, mayor en las gestantes de clases más privilegiadas (únicamente hacer más de 3 ecografías mejora en el período posterior en la clase menos privilegiada). De los 7 indicadores con diferencias a favor de la clase más privilegiada, en 2 la diferencia se produce como consecuencia de un empeoramiento en las trabajadoras manuales (menos de 6 visitas y no abandono del tabaco), en otros 4 la diferencia se establece como consecuencia de que la mejoría es superior en las trabajadoras no manuales (no ingesta de ácido fólico, consumo de tabaco, no ecografía en el quinto mes y no prueba invasiva), mientras que hacer la primera visita al obstetra después del primer trimestre de la gestación combina ambos efectos, es decir, empeora en las trabajadoras manuales y mejora en las no manuales.

Aunque no se ha analizado de manera explícita, es muy posible que parte de la acentuación de las diferencias interclase registradas en el segundo período con respecto al primero se produzca como consecuencia de la paulatina incorporación de madres inmigrantes de países del tercer mundo al conjunto de gestantes residentes en la ciudad. En este sentido, el informe del REDCB de 2003 recoge este aumento de madres inmigrantes, que pasa del 5,5% en 1992-1997 al 16,9% en 2001-2002⁹. Precisamente, uno de los indicadores que podría ser más susceptible de medir este efecto de la inmigración es el de la primera visita al obstetra después del primer trimestre de gestación que, como hemos visto, es el único que empeora en las trabajadoras manuales y mejora en las no manuales (tabla 2).

Otros aspectos que cabe tener en cuenta cuando analizamos los indicadores son su magnitud y su importancia para la salud pública. Así, por ejemplo, las proporciones de gestantes que hacen menos de 6 visitas son mínimas: no alcanzan el 2% en ninguno de los 2 períodos entre las trabajadoras no manuales y sólo llegan al 6% en las trabajadoras manuales en el segundo período. Por otra parte, se ha observado que realizar un número reducido de visitas no tiene resultados adversos maternos ni perinatales¹², por lo que el impacto de este indicador sobre la salud pública en Barcelona es pequeño. En el otro extremo se sitúa el indicador de no ingesta periconcepcional de ácido fólico, que sobrepasa el 90% (excepto en las trabajadoras no manuales durante el segundo período, que se sitúa en el 83%). Evidentemente, estamos muy lejos de alcanzar el objetivo de prevención de una considerable proporción de defectos del tubo neural que aportaría la implementación de un programa poblacional que asegurase la ingesta de esta vitamina por parte de las mujeres en edad reproductiva¹³.

Una de las variables analizadas en el presente artículo, la planificación del embarazo, ocupa una posición central en el posterior control del embarazo y, por

tanto, afecta en mayor o menor grado al resto de indicadores. Un embarazo planificado estará, lógicamente, mejor controlado. El paradigma de esta situación es la ingesta de ácido fólico, ya que es imprescindible planificar el embarazo si se pretende que la futura madre lo ingiera en el período periconcepcional. Hay que señalar, no obstante, que aunque no tendría que ser así, cabe la posibilidad de que los indicadores de «exceso» (hacer más de 12 visitas y más de 3 ecografías) pudieran verse afectados de forma negativa (cierta tendencia a medicalizar más la gestación) por la planificación del embarazo.

Podemos concluir que para la mayoría de los indicadores, las clases menos favorecidas presentan peores resultados que las clases más favorecidas cuando comparamos la tendencia de los indicadores entre los 2 períodos. Si no se toman medidas, la distancia entre clases en el ámbito del control de la gestación se acentúa con el tiempo. Este efecto se produce tanto en indicadores individuales como en los del sistema, por lo que debe establecer en ambos las medidas que ayuden a mejorarlos y a disminuir las diferencias entre clases, por supuesto acercando las clases menos privilegiadas a las magnitudes de mejoría que se registran en las clases más privilegiadas.

Algunos autores también documentan este distanciamiento entre clases en variables relacionadas con el cuidado del embarazo a medida que pasa el tiempo. Así, Rowe et al¹⁴, en una revisión de artículos publicados entre 1987 y 2002, describen este efecto en el Reino Unido referido al momento del inicio del cuidado prenatal y al número de visitas obstétricas. Goldani et al¹⁵ describen una situación parecida a la del Reino Unido en Brasil entre 1979 y 1994, para las mismas variables de cuidado prenatal y también para el hábito tabáquico. Por el contrario, Alexander et al¹⁶ señalan un acercamiento entre clases en Estados Unidos para las variables de cuidado de la gestación entre 1981 y 1998. Es complicado y arriesgado sacar conclusiones de la disparidad de resultados entre este último artículo y el presente debido a las enormes diferencias entre los sistemas sanitarios español y estadounidense.

Debemos constatar aquí una limitación de nuestro estudio, y es que sólo se han considerado las gestaciones que terminaron en un nacimiento, obviando los abortos espontáneos y las interrupciones voluntarias del embarazo. Estas últimas tienen un gran impacto en el indicador que mide la planificación del embarazo y serán consideradas en futuros estudios de nuestro grupo.

Se han realizado escasas intervenciones en relación con las desigualdades sociales en salud maternoinfantil¹⁷. Las intervenciones realizadas se han orientado preferentemente a reducir la mortalidad materna y perinatal, obteniéndose resultados satisfacto-

rios¹⁸. En Barcelona se han desarrollado algunos programas de salud dirigidos a mujeres embarazadas, aunque aún disponemos de pocas ayudas de apoyo a las gestantes¹⁸.

En los últimos años se ha añadido el creciente fenómeno social de la inmigración al contexto de las desigualdades sociales. Como comentábamos, una creciente proporción de gestantes de la ciudad es inmigrante y suelen pertenecer a las clases menos privilegiadas. Debemos hacer un esfuerzo específico en estas gestantes, teniendo en cuenta que poseen sus propias costumbres y creencias y que, en muchos casos, hay además una barrera idiomática.

En definitiva, se necesitan iniciativas que eliminen las barreras en el acceso a la información por parte de las gestantes. Relacionado con estas iniciativas, sería conveniente establecer un seguimiento de la aplicación de los protocolos sobre el cuidado de la gestación por parte de los profesionales. En el contexto que nos ocupa, los objetivos principales serían eliminar el exceso de medicalización de la gestación (ecografías y visitas superfluas) y mejorar y eliminar las desigualdades en la ingesta periconcepcional de ácido fólico, en el hábito tabáquico y en asegurar una ecografía diagnóstica de calidad. Quizá sea el momento de abordar una campaña para lograr aumentar la proporción de embarazos planificados. Esa hipotética campaña se vería reforzada y tendría mucho más contenido si se estableciese un protocolo de asesoramiento pregestacional¹⁶ consensuado por todos los profesionales implicados en el cuidado de la gestación.

Agradecimientos

Este estudio ha sido financiado parcialmente por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS PI021514, REPIER RTIC G03/123 y RCESP C03/09) del Ministerio de Sanidad.

Queremos agradecer la inestimable y desinteresada contribución de los 4 grupos de que se compone la red externa del REDCB (consejo asesor, grupo coordinador, grupo de diagnóstico prenatal y personal no facultativo), integrados por más de 200 profesionales de la Sanidad de la ciudad de Barcelona, sin cuya colaboración sería imposible la existencia del registro tal como se concibió.

Bibliografía

1. Borrell C, Benach J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Fundació Jaume Bofill i CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris); 2003. Disponible en: www.obdesigualtats.org
2. Borrell C, Cirera E, Ricart M, Pasarín MI, Salvador J. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European City. *Eur J Epidemiol.* 2003;18:5-13.
3. Delvaux T, Buckens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med.* 2001;21:52-9.
4. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: What is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care.* 2001;13:117-25.
5. González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 2004;18:82-9.
6. Valero C, Villalbí JR, Borrell C, Nebot M. Desigualdades en salud al nacer: Barcelona, 1990-1991. *Aten Primaria.* 1996;17:69-73.
7. McLeod A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ.* 2001;323:199-203.
8. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Pérez M, Salvador J. Desigualdades sociales en el cuidado y control del embarazo. *Gac Sanit.* 2006;20:25-30.
9. Salvador J, Cunillé M, Ricart M, Roig A. Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB). Informe anual 2003 (Període:1992-2002). Disponible en: www.aspb.es/quefem/docs/REDCB_informe2003.pdf
10. Protocolos Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/index.html
11. Grupo de trabajo de la SEE y SEMFC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria.* 2000;25:350-63.
12. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy [review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;4.
13. Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptual vitamin supplementation. *N Engl J Med.* 1992;327:1832-5.
14. Rowe RE, García J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med.* 2003;25:113-9.
15. Goldani MZ, Barbieri MA, Silva AA, Bettiol H. Trends in prenatal care use and low birthweight in southeast Brazil. *Am J Public Health.* 2004;94:1366-71.
16. Alexander GR, Kogan MD, Nabukera S. Racial differences in prenatal care use in the United States: are disparities decreasing? *Am J Public Health.* 2002;92:1970-5.
17. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2004;18:158-67.
18. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit.* 1995;9:224-31.