

Comportamiento del Parto Pretérmino durante un período de crisis socioeconómica en los diferentes sectores sociales en Uruguay

Preterm Delivery Behavior During a period of socioeconomic crisis in the different social sectors in Uruguay

Briozzo, Leonel^{1,2}; Viroga, Stephanie¹; Artucio, Santiago¹; Garbarino, Bruno¹; Gesuele, Juan Pablo³.

¹Clínica Ginecocológica "A" Prof. Dr. Leonel Briozzo – Facultad de Medicina, Universidad de la República.

²Departamento Médico Obstétrico – Hospital de la Mujer – Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

³Departamento de Neonatología Prof. Daniel Borbonet – Facultad de Medicina, Universidad de la República

Correspondencia Viroga, Stephanie: stephyviroga@gmail.com

ABSTRACT

Introduction. Pretérmino delivery (PP) is a complex syndrome that occurs in different social sectors with diverse associated factors. In Uruguay, care subsectors -public and private from the National Integrated Health System (SNIS) differentiate social sectors according to purchasing power and adverse social determinants. The prevalence of the PP has varied in both subsectors in the last decade according to multiple circumstances, however, socioeconomic crises affect differently from the different social sectors. This can be evaluated due to the impact of the acute socio-economic crisis that affected the pregnant women in the Covid 19 parapandemics period before the start of the 1st wave of SARS - COV2 infections in Uruguay. Objectives: Analyze the prevalence of the PP according to the assistance subsystem of pregnant women (public or private) during the March - October 2020 period. Describe the main differential characteristics of these 2 populations and their eventual relationship with the prevalence of the PP. Methodology: Descriptive study of preterm births and characterization of these pregnancies in the two health subsectors, during March 15 and September 30, 2020, through analysis of the National Database of the SIP. Results: The incidence of PP was 11.4% in the public subsector and 9.6% in the private sector, which is statistically significant. The profile of preterm mothers in the public subsector had a greater incidence of adolescents (22.3% vs 5.0%), alcohol consumption (2.2% vs 0.7%) and gender violence (1.3 % vs 0.5%), while in the private subsector greater incidence of old mothers (28.4% vs. 18.2%), maternal pathologies (85.9% vs 65.8%) and multiple pregnancy (18, 8% vs 11.0%). Conclusions: The profile of the assisted woman in the private sector that has a PP is different from the public sector, which suggests the existence of 2 PP models: that of the public sector, related to an adverse socio-economic medium and violation of rights, and another, that of the private sector, where these violations of rights are not appreciated. This has implications in the pathophysiological, preventive, diagnosis and therapeutic approach of the PP.

Keywords: preterm delivery, socioeconomic levels, Uruguay

INTRODUCCIÓN

La tasa de PP no parece haber cambiado sustancialmente en el último medio siglo, presentando algunas fluctuaciones, a nivel global (1).

La discriminación socio económica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos aumenta el riesgo de PP. Los mecanis-

mos por los cuales se produce un aumento del riesgo de PP en poblaciones vulneradas en sus derechos son parcialmente conocidos y recientemente se ha tratado de agrupar en un modelo integral que relaciona condiciones del estrés materno, los determinantes sociales adversos, las condiciones de la dieta y la microbiota, entre otras(2-5).

Sin embargo, en las poblaciones no vulneradas en sus derechos, también puede aumentar el PP fruto de un comportamiento reproductivo que conlleva el aumento de la edad de la gestante, el aumento de la patología médica y embarazo (cómo estados hipertensivos y enfermedades metabólicas), y el aumento de los procedimientos de fertilización asistida que aumenta la gemelaridad entre otros.

Se han estudiado a nivel mundial aquellos factores socioeconómicos de vulnerabilidad que influyen en el PP (6-8). Algunos factores asociados son la situación estructural donde se ubican las embarazadas en cuanto al quintil de ingreso y la posibilidad o no de ejercicio de derechos y de cómo impactó la crisis en estos sectores. Tomando en cuenta esto, se podría hablar de un modelo de PP en los medio socioeconómicos más deprivados y con vulneración de derechos. Esto se relaciona con las condiciones de los determinantes sociales adversos (embarazo adolescente, conductas de riesgo y pobre acceso a los servicios), condiciones de estrés y ansiedad y las infecciones urinarias. En contraposición a lo anterior, existen factores asociados que incrementan el riesgo de PP en poblaciones sin esta problemática socio económica y por lo tanto sin una ostensible vulneración de derechos que se caracterizan por un aumento de la edad de las gestantes, las condiciones patológicas maternas (hipertensivas y metabólicas) con un incremento significativo del embarazo múltiple (mayor acceso a la fertilización asistida) y la rotura prematura de membranas ovulares.

Las crisis socioeconómicas impactan de manera diferente en los sectores sociales de acuerdo a las condiciones estructurales de vulneración de derechos. Los sectores más resilientes son en general los sectores que tienen más recursos económico-sociales y comunitarios y depende también, del desarrollo o no, de políticas públicas específicas. En base al modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, son estas condiciones estructurales

de las diferentes poblaciones las decisivas a la hora de evaluar la respuesta frente a situaciones de crisis socioeconómica (9).

Las medidas de mitigación para enfrentar la pandemia COVID 19 generaron una enorme crisis socioeconómica y psicológica en la población aun antes de que comenzara la 1era ola de contagios por el virus del SARS -Cov 2. Esto en Uruguay se desarrolló entre los meses de marzo y octubre del 2020. A este periodo lo hemos denominado "para pandemia" significando todas las afecciones bio psico sociales que rodearon a la pandemia global COVID 19.

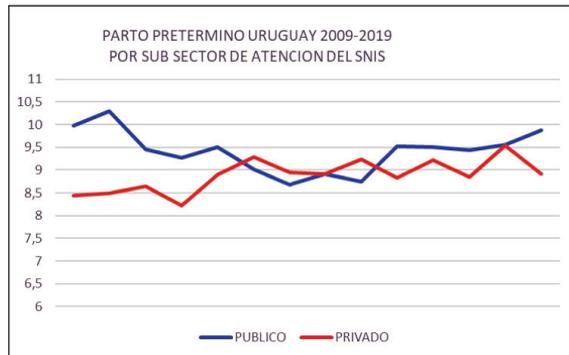
Estas crisis repercutieron de manera mucho más grave en las poblaciones ya vulneradas en sus derechos económicos y sociales. Esto repercutió en el proceso reproductivo humano y se documentó un incremento del síndrome de PP en estas poblaciones en conjunto con otros resultados perinatales adversos (10,11).

Hay pocos reportes del comportamiento de las tasas de prematuridad en países subdesarrollados y de las complicaciones vinculadas al nacimiento, que reflejen el impacto de la pandemia en población más vulnerable (12).

En el SNIS la mayor o menor vulneración de derechos se correlacionan muy bien con la afiliación al sub sector público o privado de atención. Esto se relaciona con los quintiles de ingreso de la población subsidiaria en el sub sector público y privado. (13). Por tal motivo, la evaluación es necesario evaluar la prevalencia del PP a la luz de la existencia o no de vulneración de derechos, lo que se correlaciona en Uruguay, por el sub sistema de atención dentro del SNIS.

Históricamente en Uruguay la prevalencia de prematurez ha sido mayor a nivel público, con algunas fluctuaciones. Según los datos disponibles de la División epidemiología del MSP el promedio del PP en el periodo de 10 años previo pandemia (2009-2019) fue de 9,23% en el sub sector público y de 8,96% en el subsector privado del SNIS (gráfico 1)

Gráfico 1- evolución del parto de pretérmino en los subsectores público y privado de atención



Año	Sub sector público	Sub sector privado
2009	9,45	8,64
2010	9,27	8,22
2011	9,51	8,9
2012	9,02	9,28
2013	8,68	8,94
2014	8,92	8,92
2015	8,74	9,23
2016	9,52	8,83
2017	9,51	9,22
2018	9,44	8,84
2019	9,55	9,54

Uruguay tiene condiciones ideales para el análisis, ya que los datos del SIP son de muy buena calidad y están diferenciadas por los subsectores de atención que como se dijo representan sectores sociales diferentes. Interesa conocer el impacto de la irrupción de una aguda crisis social económica y psicológica que acompañó a las medidas de mitigación de la pandemia COVID 19 en un resultado perinatal tan importante como el PP en los diferentes sectores sociales

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia del PP de acuerdo al sub-sistema de asistencia de las mujeres embarazadas (público o privado) durante el periodo marzo-octubre 2020. Describir las principales características diferenciales de estas 2 poblaciones y su eventual relación con la prevalencia del PP

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional transversal usando la base nacional del SIP del año 2020. Se incluyeron todos los nacimientos registrados en el Sistema Informático Perinatal (SIP) en Uruguay desde el 15 de marzo al 30 de septiembre del 2020.

Se seleccionó este período ya que durante el mismo en el transcurso de la pandemia por COVID 19, la crisis social y económica generada, podría dejar en mayor evidencia las diferencias entre ambos sectores de salud, permitiendo demostrar de forma más notoria dos posibles modelos según la vulneración de derechos o no .

Se calculó la prevalencia de pretérminos en ambos subsectores como el número de nacimientos menores a 37 semanas sobre el total de nacidos vivos.

Se seleccionaron los recién nacidos (RN) de pretérmino de ambos subsectores. En estas dos poblaciones de pretérminos (del sector público y el privado) se compararon las diferentes variables que ofrece el SIP agrupadas en antecedentes obstétricos (paridad previa), determinantes sociales adversos (embarazo adolescente, etnias minoritarias, consumo de drogas de abuso, no adecuado control prenatal), stress y ansiedad materno (violencia basada en género), condiciones patológicas maternas (hipertensivas y metabólicas), condiciones infecciosas y condiciones del embarazo (infección urinaria, rotura prematura de membranas , embarazo múltiple, amenaza de parto pretérmino). Todas las variables se categorizan y se calcula la significancia estadística de las diferencias encontradas.

Para los datos cuantitativos se usó el promedio como medida de resumen central y el desvío estándar como medida de dispersión. En las distribuciones simétricas para comparar los promedios se usó la prueba de “t”. Para la asociación de las variables cualitativas se usó la prueba de chi cuadrado o de Fisher según el número de casos. Se tomó como nivel de significación un error alfa del 5% (p<0,05).

Este estudio cuenta con la aprobación previa por el Comité de Ética Médica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República con fecha del 30 de agosto de 2021.

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 15 de marzo y el 30 de septiembre del 2020, los nacimientos registrados en el SIP fueron 18497 (en el año 2020 un total de 35229). En el sec-

Preterm Birth Delivery Behavior During a Period of Socioeconomic Crisis in the Different...

tor público se registraron 7490 nacimientos y de ellos 855 (11,4%) fueron prematuros. En el sector privado se registraron 11007 nacimientos, de los cuales 1067 (9,6%) fueron de pretérmino (Tabla 1).

Tabla 1 - Prevalencia de prematuridad en subsector público vs subsector privado en el período 15 marzo - 30 septiembre 2020, Uruguay. Fuente SIP - MSP.

	Pretérmino	Término	Total de nacidos vivos
Privado	1067 (9,6%)	9940	11007
Público	855 (11,4%)	6635	7490
Total	1922	16575	18497

Chi²- 14,2. - p= 0.0001658

Las diferentes variables agrupadas en condiciones socio demográficas y factores de

riesgo para el desarrollo de la prematuridad en los dos subsectores se muestran en la Tabla 2. En el subsector público se destaca dentro de los nacimientos pretérminos, mayor multiparidad (12,7% versus 5,4%), mayor tasa de embarazo adolescente (22,3 % versus 5%), mayor consumo de alcohol (2,2% versus 0,7%), drogas ilícitas (4,9% versus 1,4%) y tabaquismo (25,3% versus 11,6%) así como mayor incidencia de violencia de género (1,3% versus 0,5%), en comparación con los pretérminos del subsector privado. En el subsector privado las pacientes que tuvieron pretérminos fueron más añosas (28,4% versus 18,2%), con mayor incidencia de patologías crónicas (85,9% versus 65,8%), mayor tasa de embarazo múltiple (18,8% versus 11%) y mayor tasa de rotura prematura de membranas (32,3% versus 27,3%), que en el subsector público.

Tabla 2 - Características de embarazadas que tuvieron partos de pretérmino en el año 2020.

CONDICIONES	VARIABLES DEL SIP	PRETÉRMINOS SUB SECTOR PÚBLICO N=855		PRETÉRMINOS SUB SECTOR PRIVADO N=1072		Valor de p
		N	FR (%)	N	FR (%)	
Antecedentes Obstétricos y Personales	Primigesta	304	35,6	446	41,6	0,0068
	Multipara: 4 o más	109	12,7	58	5,4	0,0000001
Determinantes Sociales Adversos	Embarazo Adolescente	191	22,3	54	5	0,0000001
	Identificación Étnica "No Blanca": Afro - Mestiza - Indígena	99	11,6	33	3,1	0,0000001
	Drogas	42	4,9	15	1,4	0,000006
	Fumadora	216	25,3	124	11,6	0,0000001
	Alcohol	19	2,2	7	0,7	0,003
	Sin Vacuna Antitetánica	50	5,8	36	3,4	0,008
	Con control prenatal	835	97,7	1067	99,5	0,0003
	Primer Control en Primer Trimestre	540	64,7	923	86,5	0,0000001
Stress y Ansiedad	Violencia Basada en Género	11	1,3	5	0,5	0,048
Condiciones Patologías Maternas - Hipertensivas y Metabólicas	Con Alguna Patología Materna	563	65,8	921	85,9	0,0000001
	Gestante Añosa	117	18,2	304	28,4	0,0000001
	HTA Previa	43	5	71	6,6	0,14
	Síndrome PE - E	111	13	179	16,7	0,023
	Eclampsia	3	0,4	5	0,5	0,69
	Diabetes	138	16,1	250	23,3	0,00009
Condiciones infecciosas - inflamatorias	Infección Urinaria	99	11,6	93	8,7	0,034
	RPM	203	23,7	346	32,3	0,00003
Condiciones del Embarazo	Embarazo Múltiple	94	11	201	18,8	0,000002
	APP	172	20,1	216	20,1	0,98

DISCUSIÓN

La prevalencia del PP durante la parapandemia aumento en el SNIS con respecto al promedio de la década anterior. Este aumento fue de 2,17% en el sub sector público (promedio década 9,23 y promedio para pandemia 11,4%) y de hecho en el periodo de la pa pandemia, la prevalencia del PP en el sub sector público superó, por primera vez los dos dígitos en los últimos 10 años. La situación fue diferente en el sub sector privado ya que el aumento del PP fue insignificante, de solo 0,64% en el sub sector privado (promedio de cada 8,96 y promedio para pandemia 9,6%). Este incremento diferencial debe ser estudiado específicamente. Por algún motivo, las condiciones de las embarazadas del subsector privado hacen que sean mucho menos afectadas que las embarazadas del subsector público en el periodo de la parapandemia.

Con respecto al perfil poblacional de las embarazadas que tienen PP en este periodo de tiempo, las mismas son completamente diferentes. Esta situación estructural de mayor vulneración de derechos podría tener que ver con el impacto mayor en el sector público y de cierta protección en el sector privado . Esto podría ser explicado por el impacto diferencial de la aguda crisis social, económica y psicológica vinculada a la emergencia sanitaria, aún antes de que aparecieran casos activos de SARS COV 2 en embarazadas, de acuerdo al nivel de vulneración de derechos de la población analizada.

Por estos dos motivos los autores consideran que es necesario discriminar los diferentes modelos de PP ya que, sustancialmente, se consideran factores de riesgo y necesidades diagnósticas y terapéuticas bastante diferentes.

Importa analizar cuáles son las condiciones que se relacionan con la prematuridad en los diferentes sectores socioeconómicos y a este respecto los modelo de los entornos maternos desfavorables para el embarazo, ya planteados en publicaciones previas, puede servir para analizar las condiciones y características de las usuarias que se asisten en el subsector público y privado y que se asocian con la prematuridad (5,11).

Como fortalezas de este estudio se destaca que es el primer estudio en nuestro país que caracteriza el perfil de madres de pretérmino entre los dos subsectores de salud.

Dentro de las limitantes cabe enumerar que al utilizar la base de datos del SIP los datos dependen del registro y puede no reflejar la realidad de muchos factores sociofamiliares, como por ejemplo la violencia de género o el consumo de sustancias. Otra limitante es el breve período de análisis, siendo necesario realizar un estudio de similares características en un mayor período . Por último, como limitante, no contamos con los resultados neonatales que confirmen que estos factores de riesgo y perfiles de prematuridad repercuten de manera diferente en los resultados neonatales duros (mortalidad, internación, displasia pulmonar) y secuelas a largo plazo.

CONCLUSIONES

La tasa de parto pretérmino fue significativamente mayor en el subsector público que en el privado, siendo el hallazgo estadísticamente significativo. Se destaca además el diferente perfil de ambos subsectores: mientras los nacimientos pretérmino en el subsector público se caracterizan por mayor multiparidad, mayor tasa de embarazo adolescente, mayor consumo de alcohol, drogas ilícitas y tabaquismo así como mayor incidencia de violencia de género, en el subsector privado las pacientes que tuvieron pretérminos fueron más añosas, con mayor incidencia de patologías crónicas.

Por lo anterior se propone no considerar al síndrome de parto pretérmino como una única entidad. Se debería especificar las 2 presentaciones o modelos de parto pretérmino, clínica y epidemiológicamente completamente diferentes. Probablemente, los mecanismos fisiopatológicos y entornos que llevan al desarrollo del parto pretérmino también sean diferentes en ambos modelos. Por lo tanto, se deberán establecer estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas diferenciales según el tipo de prematuridad considerado.

Así entendido, el síndrome de PP en el sector más vulnerado en sus derechos (sub-

sector público) sería prevenible con políticas públicas de discriminación positiva y apoyos sociales que mejoraran las condiciones psicosocio sanitarias, en conjunto con una planificación pregestacional y un mejoramiento del control del embarazo. Esto conlleva acciones de prevención primaria y secundaria que mitigaran los entornos desfavorables.

Por otro lado, el PP en los sectores socioeconómicos más favorecidos, se beneficiarán más de una prevención secundaria caracterizada por la detección precoz de modificaciones que indiquen que se inició el proceso del PP y tratamientos específicos a las patologías médicas más prevalentes en este grupo.

Consideramos que se debe incrementar la investigación hacia un abordaje integral del parto de pretérmino, desde el modelo biológico tradicional del “Alto riesgo obstétrico” a una visión integral de vulneraciones bio-psico-sociales, con enfoque de Derechos humanos (sobre todo de derechos sexuales y reproductivos) y perspectiva de género.

Declaraciones

Los autores declaran no tener conflictos de interés de ninguna clase, que el trabajo ha sido aprobado por el comité de ética responsable en el lugar de trabajo y no declaran medios de financiación del trabajo realizado.

Declarations

The authors declare that they have no conflicts of interest, that the work has been approved by the ethics committee responsible in the workplace, and do not declare means of financing of the work carried out.

REFERENCIAS

- Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7:37–46. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0
- Koullali B, Oudijk MA, Nijman TA, Mol BW, Pajkrt E. Risk assessment and management to prevent preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016 Apr;21(2):80–8. doi: 10.1016/j.siny.2016.01.005. Epub 2016 Feb 18. PMID: 26906339.
- Wallace ME, Evans MG, Theall K. The Status of Women’s Reproductive Rights and Adverse Birth Outcomes. *Womens Health Issues.* 2017 Mar-Apr;27(2):121-128. doi: 10.1016/j.whi.2016.12.013. Epub 2017 Jan 25. PMID: 28131388.
- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller A, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379(9832):2162-72
- Briozzo L, Viroga S. Abordaje obstétrico integral de la prematuridad y restricción del crecimiento fetal y su relación con las enfermedades crónicas del adulto. *Rev. Méd. Urug.* 2021;36(1):85-2. Disponible en: <http://www2.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/504>
- Alves A., Furquim M., Pereira Z., Lisiane P., Rigo A., Geremias H Factors associated with preterm birth: from logistic regression to structural equation modeling. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(1):e00211917
- Beeckman K., Van de Putte S., Putman K., Louckx F. Predictive social factors in relation to preterm birth in a metropolitan region. *Acta Obstetrica et Gynecologica.* 2009; 88: 787-792
- Germany L., Saurel-Cubizolles M, Ehlinger V., Napoletano A., Alberge C., Guyard-Boileau B. Social Context of Preterm Delivery in France in 2011 and Impact on Short-Term Health Outcomes: the EPIPAGE 2 Cohort Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2015, 29, 184–195
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa (ON): Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- E. Cuestas, M.E. Gómez-Flores, M.D. Charras et al., Socioeconomic inequalities in low birth weight risk before and during the COVID-19 pandemic in Argentina: A cross-sectional study, *The Lancet Re-*

gional Health - Americas, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100049>

Briozzo L, Tomasso G, Viroga S, Selma H, Cardozo V, Niz C, Nozar F, Bianchi A. Effect of the unfavorable maternal-fetal environment cause by mitigation measures of the covid-19 pandemic in the public maternity of reference of Uruguay. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021 Jul 5:1-4. doi: 10.1080/14767058.2021.1946791. PMID: 34219582.

Kc A, Gurung R, Kinney MV, Sunny AK, Moinuddin M, Basnet O, et al. Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth and neonatal

mortality outcomes in Nepal: a prospective, observational study. *Lancet Glob Health* 2020;8:e1273–81. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30345-4

Pandolfi J, Gómez E, Cazulo P, Méndez G, Filgueira F, Carneiro F, Schmidt N, Katzkowicz S. Situación, proyección y estrategia social para contribuir a la contención de la epidemia y a la mitigación de los efectos sociales de las estrategias de contención. *Observatorio Socioeconómico y Comportamental. Unidad de Métodos y Acceso a datos. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Agosto 2021. Montevideo, Uruguay.*

RESUMEN

Introducción : El parto de pretérmino (PP) es un síndrome complejo que se da en los diferentes sectores sociales con factores asociados diversos. En Uruguay los subsectores de atención -público y privado del Sistema nacional integrado de salud (SNIS) diferencian a los sectores sociales de acuerdo al poder adquisitivo y los determinantes sociales adversos. La prevalencia del PP ha variado en ambos subsectores en la última década de acuerdo a **múltiples circunstancias, sin embargo, las crisis socioeconómicas afectan de manera diferente a los diferentes sectores sociales.** Se puede evaluar esto por el impacto de la crisis socio económica aguda que afectó a las embarazadas en el periodo de la parapandemia COVID 19 antes del comienzo de la 1era ola de infecciones por el SARS - Cov2 en Uruguay. **Objetivos:** Analizar la prevalencia del PP de acuerdo al subsistema de asistencia de las mujeres embarazadas (público o privado) durante el periodo marzo - octubre 2020. Describir las principales características diferenciales de estas 2 poblaciones y su eventual relación con la prevalencia del PP. **Metodología:** estudio descriptivo de nacimientos pretérminos y caracterización de estos embarazos en los dos subsectores de salud, durante el 15 de marzo y el 30 de septiembre del 2020, mediante análisis de la base de datos nacional del SIP. **Resultados :** La incidencia de PP fue 11.4% en el subsector público y 9,6% en el sector privado, lo cual es significativo estadísticamente. El perfil de las madres de pretérmino en el subsector público tuvo mayor incidencia de adolescentes (22,3% vs 5,0%), consumo de alcohol (2,2% vs 0,7%) y violencia de género (1,3% vs 0,5%), mientras que en el subsector privado mayor incidencia de madres añosas (28,4% vs 18,2%), patologías maternas (85,9% vs 65,8%) y embarazo múltiple (18,8% vs 11,0%). **Conclusiones:** El perfil de la mujer asistida en el sector privado que tiene un PP es diferente al del sector público, lo que sugiere la existencia de 2 modelos de PP: el del sector público, relacionado con un medio socio económico adverso y vulneración de derechos, y otro, el del sector privado, donde no se aprecian estas vulneraciones de derechos. Esto tiene implicancias en el abordaje fisiopatológico, preventivo, diagnóstico y terapéutico del PP.

Palabras clave: parto pretérmino, niveles socioeconómicos.