

Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica

Emily Dansereau
Claire R. McNellan
Marielle C. Gagnier
Sima S. Desai
Annie Haakenstad
Casey K. Johanns
Erin B. Palmisano
Diego Ríos-Zertuche
Alexandra Schaefer
Paola Zúñiga Brenes
Bernardo Hernandez
Emma Iriarte
Ali H. Mokdad

División de
Protección Social y Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1315

Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica

Emily Dansereau
Claire R. McNellan
Marielle C. Gagnier
Sima S. Desai
Annie Haakenstad
Casey K. Johanns
Erin B. Palmisano
Diego Ríos-Zertuche
Alexandra Schaefer
Paola Zúñiga Brenes
Bernardo Hernandez
Emma Iriarte
Ali H. Mokdad

Octubre 2017

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del

Banco Interamericano de Desarrollo

Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de
Mesoamérica / Emily Dansereau, Claire R. McNellan, Marielle C. Gagnier, Sima S.
Desai, Annie Haakenstad, Casey K. Johanns, Erin B. Palmisano, Diego Ríos-Zertuche,
Alexandra Schaefer, Paola Zúñiga Brenes, Bernardo Hernandez, Emma Iriarte, Ali H.
Mokdad.

p. cm. — (Nota técnica del BID; 1315)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Prenatal care- Central America. 2. Maternal health services-Central America. I.
Dansereau, Emily. II. McNellan, Claire R. III. Gagnier, Marielle C. IV. Desai, Sima S. V.
Haakenstad, Annie. VI. Johanns, Casey K. VII. Palmisano, Erin B. VIII. Ríos-Zertuche,
Diego. IX. Schaefer, Alexandra. X. Zúñiga Brenes, Paola. XI. Hernandez, Bernardo.
XII. Iriarte, Emma. XIII. Mokdad, Ali H. XIV. Banco Interamericano de Desarrollo.
División de Protección Social y Salud. XV. Serie.

IDB-TN-1315

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/salud

Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica

Emily Dansereau
Claire R. McNellan
Marielle C. Gagnier
Sima S. Desai
Annie Haakenstad
Casey K. Johanns
Erin B. Palmisano
Diego Ríos-Zertuche
Alexandra Schaefer
Paola Zúñiga Brenes
Bernardo Hernandez
Emma Iriarte
Ali H. Mokdad



2017



Contenido

Antecedentes.....	1
Métodos.....	1
Resultados.....	4
Discusión	13
Conclusiones	15
Declaraciones	15
Referencias.....	17



Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica

Emily Dansereau^{1*}, Claire R. McNellan¹, Marielle C. Gagnier¹, Sima S. Desai¹, Annie Haakenstad², Casey K. Johannis², Erin B. Palmisano², Diego Ríos-Zertuche³, Alexandra Schaefer¹, Paola Zúñiga Brenes³, Bernardo Hernandez¹, Emma Iriarte³, Ali H. Mokdad¹

Resumen

El presente estudio hace una revisión de los factores asociados a la cantidad y oportunidad de las consultas de atención prenatal (AP) para mujeres pobres de Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y El Salvador. Entrevistamos a 8,366 mujeres respecto a la AP que recibieron considerando su parto más reciente en los últimos dos años. Llevamos a cabo regresiones logísticas para analizar características demográficas, de hogares y de salud asociadas a la asistencia a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, cuatro consultas con personal calificado y una consulta con personal calificado durante el primer trimestre del embarazo. Encontramos que, en los países del estudio, un 78% de las mujeres asistió a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, mientras que un 62% concurre por lo menos a cuatro consultas por personal calificado y un 56% asistió a una consulta con profesionales de salud durante el primer trimestre del embarazo. El país que registró la mayor proporción de mujeres que asistieron a consultas de AP por personal calificado fue Nicaragua (81%), mientras que Guatemala y Panamá tuvieron la proporción más baja (18% y 38% respectivamente). En múltiples países, las mujeres solteras, con menor nivel educativo, adolescentes, indígenas, que no deseaban concebir y carecían de exposición a los medios masivos de comunicación presentaron menos probabilidades de cumplir con las directrices internacionales sobre AP. A pesar de las vastas reformas a las políticas y de numerosas iniciativas orientadas a los pobres, muchas mujeres de las áreas más pobres de Mesoamérica siguen sin recibir la atención prenatal adecuada.

Palabras clave: Atención prenatal, consulta de AP, control prenatal, Cobertura, Iniciativa Salud Mesoamérica, AP por personal calificado, Encuestas de hogares

Código JEL: I20

¹ Institute for Health Metrics and Evaluation, 2301 5th Ave, Suite 600, Seattle, WA, EE.UU

² Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, 677 Huntington Ave., Boston, MA, EE.UU.

³ Salud Mesoamérica 2015 / Banco Interamericano de Desarrollo, Calle 50, Edificio Tower Financial Center (Towerbank), Piso 23, Panamá, Panamá

* Correspondencia a: edanse@uw.edu



Síntesis

Antecedentes: Las mujeres pobres de los países en vías de desarrollo registran mayor necesidad de atención prenatal (AP), sin embargo, con frecuencia son quienes tienen la menor probabilidad de asistir a dichos controles. El presente estudio hace una revisión de los factores asociados a la cantidad y oportunidad de las consultas de AP para mujeres pobres de Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y El Salvador.

Metodología: Entrevistamos a 8,366 mujeres respecto a la AP que recibieron considerando su parto más reciente en los últimos dos años. Llevamos a cabo regresiones logísticas para analizar características demográficas, de hogares y de salud asociadas a la asistencia a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, cuatro consultas con personal calificado y una consulta con personal calificado durante el primer trimestre del embarazo.

Resultados: En los países del estudio, un 78% de las mujeres asistió a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, mientras que un 62% concurrió por lo menos a cuatro consultas por personal calificado y un 56% asistió a una consulta con profesionales de salud durante el primer trimestre del embarazo. El país que registró la mayor proporción de mujeres que asistieron a consultas de AP por personal calificado fue Nicaragua (81%), mientras que Guatemala y Panamá tuvieron la proporción más baja (18% y 38% respectivamente). En múltiples países, las mujeres solteras, con menor nivel educativo, adolescentes, indígenas, que no deseaban concebir y carecían de exposición a los medios masivos de comunicación presentaron menos probabilidades de cumplir con las directrices internacionales sobre AP. En países que cuentan con programas de seguros de salud, se observó que la cobertura se asociaba a la asistencia a controles prenatales con personal calificado, no así la oportunidad de los controles.

Conclusiones: A pesar de las vastas reformas a las políticas y de las numerosas iniciativas orientadas a los pobres, muchas mujeres de las regiones más desfavorecidas de Mesoamérica siguen sin recibir la atención prenatal que se establece en los protocolos de AP. Se hacen necesarias intervenciones tanto por el lado de la oferta como de la demanda para dar prioridad a grupos vulnerables, reducir los embarazos no planificados y llegar a poblaciones que no tienen acceso a los medios masivos de comunicación. Los municipios con el mejor desempeño pueden ser una fuente de información sobre prácticas eficaces en toda la región.



Abreviaturas y acrónimos

AP	Atención prenatal
CAPI	Entrevista Personal Asistida por Computadora
TCS	Trabajador comunitario de salud
IC	Intervalo de confianza
RM	Razón de momios
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
OMS	Organización Mundial de la Salud



Antecedentes

Una cantidad de estudios han demostrado la importancia de la atención prenatal (AP) para mejorar los resultados de salud materna, del niño y del lactante [1–3]. La AP permite a los proveedores de la salud evitar, detectar y manejar complicaciones obstétricas y además se asocia a un menor riesgo de mortalidad materna, parto prematuro y bajo peso al nacer [4–6]. Así mismo, la AP vincula a las mujeres a los servicios intraparto y posparto como la atención calificada del parto y la vacunación del niño [7, 8].

La AP tiene especial importancia para las mujeres pobres, quienes suelen estar expuestas a factores de riesgo obstétrico como nutrición inadecuada, educación limitada y pocos conocimientos en materia de salud [9]. Sin embargo, aun cuando las mujeres pobres son las que registran la mayor necesidad de AP, con frecuencia son quienes tienen la menor probabilidad de buscar atención. Tales desigualdades son más profundas en América Latina y el Caribe, región que tiene las mayores desigualdades de ingresos en el mundo [10]. A modo de ejemplo, un estudio realizado en 2014 demostró que el 97.8% de las mujeres latinoamericanas con educación secundaria había asistido a por lo menos una consulta de AP, porcentaje que en el caso de las mujeres sin educación disminuyó a un 74.3% [11]. Individualmente, los países registran desigualdades aún mayores, como lo demuestra un estudio de 2006-07 llevado a cabo en Nicaragua que indica que el 92 % de las mujeres del quintil más rico había asistido a por lo menos cuatro consultas de AP en comparación con solamente un 61% entre las mujeres del quintil más pobre [12].

Con frecuencia, los estudios sobre AP realizados en países de ingresos bajos y medios concluyen que la pobreza se encuentra fuertemente asociada a la falta de AP [11]. No obstante, a pesar de identificársele como grupo prioritario, se sabe mucho menos sobre las características de esas mujeres pobres y de las barreras específicas a que deben hacer frente. Este estudio tiene por finalidad describir la cobertura y la oportunidad de la atención prenatal en las áreas más pobres de seis países de Mesoamérica. Evaluamos la variación de la cobertura entre aquellas poblaciones pobres e identificamos factores demográficos y de hogares asociados a la atención prenatal que pueden utilizarse para elaborar y focalizar intervenciones con el fin de reducir las desigualdades en salud.

Métodos

Contexto del estudio y muestra

El presente estudio utiliza datos recolectados para la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), intervención orientada a abordar los problemas de salud de las poblaciones más pobres de ocho países de Mesoamérica. Para el análisis, utilizamos datos de encuestas de hogares y mujeres de Guatemala, Honduras, México (exclusivamente en el estado de Chiapas), Nicaragua, Panamá y El Salvador. Excluimos del análisis a Belice y Costa Rica, puesto que las encuestas realizadas en dichos países no contenían la información necesaria sobre atención prenatal.

En cada uno de los países del estudio, la ISM seleccionó municipios o áreas del quintil más pobre. Seleccionamos al azar segmentos de los censos efectuados en dichas áreas con probabilidad proporcional al tamaño. Llevamos a cabo nuestro propio censo de hogares en los segmentos escogidos y seleccionamos al azar los hogares que participarían en la encuesta. En los hogares seleccionados, se pidió a todas las mujeres entre 15 y 49 años que completaran un cuestionario de salud materna. La tasa de respuesta de las mujeres fue de un 95 %. El tamaño



de la muestra en cada país se determinó a través de un cálculo de poder específico para el país con el que se detectaron cambios en los indicadores de salud según el esquema de financiamiento basado en resultados utilizado por la ISM.

Recolección de datos

Las encuestas de línea base de ISM se llevaron a cabo entre el 1 de marzo de 2011 y el 31 de agosto de 2013. Los datos fueron recopilados de manera electrónica por encuestadores capacitados que utilizaron un software para entrevistas personales asistidas por computadora (CAPI, por sus siglas en inglés) y que cargaron dicha información periódicamente en una base de datos segura. Este proceso permitió a investigadores ubicados en los Estados Unidos hacer un seguimiento sistemático y oportuno de la calidad de los datos. Diversas otras fuentes ofrecen información adicional sobre la metodología y la ejecución de las encuestas de la ISM [13].

La encuesta de hogares constó de varios módulos. El primero fue un cuestionario de hogares, cuyo objetivo fue obtener información sobre los bienes, la riqueza y las características del hogar. El segundo fue un cuestionario sobre salud materna que recopiló información sobre características demográficas, comportamiento de salud y salud reproductiva de mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Utilizamos información del parto más reciente de cada una de las mujeres y restringimos nuestra muestra a los nacimientos de los dos años anteriores a la encuesta para reducir al mínimo el sesgo de memoria. Las mujeres informaron si habían asistido a consultas de atención prenatal, el número total de controles prenatales y cuántos meses de embarazo tenían al momento de la primera consulta de AP. Así mismo, las encuestadas informaron el tipo de profesional de la salud que las atendió en cada consulta.

Análisis

Variables de resultados: Según investigaciones anteriores, existen diversos factores que se asocian al hecho de que una mujer asista a por lo menos un control prenatal y a que regrese para recibir múltiples controles [11]. Por lo tanto, examinamos tres resultados distintos: (1) asistencia a por lo menos un control prenatal por personal calificado, (2) asistencia a por lo menos cuatro controles prenatales con personal calificado y (3) el momento de la primera consulta de AP por personal calificado. Calculamos los resultados para cada país y municipio a fin de compararlos entre y al interior de países.

El primer resultado de interés fue un indicador binario de si la mujer asistió a por lo menos un control prenatal por personal calificado. Clasificamos los tipos de proveedores de la salud en cada consulta entre personal calificado y personal no calificado. Los profesionales calificados corresponden a médicos y enfermeras profesionales. Por su parte, el personal no calificado corresponde a parteras no calificadas, auxiliares de enfermería sin estudios universitarios, trabajadores comunitarios de salud (TCS), técnicos de laboratorio, asistentes de farmacia, curanderos tradicionales, familiares y otros. Se estimó que una mujer había asistido al menos a una consulta de AP si había tenido uno o más controles con personal calificado.

El segundo resultado de interés fue un indicador binario de si la mujer asistió a al menos cuatro consultas de AP por personal calificado, según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Examinamos este resultado solamente entre mujeres que habían asistido a por lo menos un control prenatal por personal calificado para aislar las cuestiones relacionadas a asistir a por lo menos un control y recibir cuidados a la salud de forma continua. Se consideró que una mujer había asistido a por lo menos cuatro consultas de AP si había recibido cuatro o más controles por personal calificado. Las preguntas sobre el tipo de profesional de la salud se



plantearon en forma distinta en Guatemala, donde las mujeres informaron el tipo de profesional que consultaron en su primer control de AP y el tipo de profesional que habitualmente las atiende en sus consultas de AP. En estos casos, supusimos que fueron atendidas por el proveedor habitual en todas las consultas posteriores. No fue posible calcular el número de consultas con personal calificado en El Salvador porque la encuesta no contenía la información necesaria.

El tercer resultado de interés fue un indicador binario de si la mujer había asistido a una consulta de AP por un profesional calificado durante el primer trimestre de su embarazo (según la recomendación de la OMS) que se verificó en los seis países del análisis. Examinamos este resultado solamente en mujeres que habían asistido a por lo menos un control prenatal por personal calificado para aislar las cuestiones relacionadas a haber asistido a por lo menos un control y el momento en que se recibió la atención. Las mujeres informaron el mes de su primera consulta, que se clasificó en trimestres. Por otra parte, las mujeres no informaron la oportunidad de ninguna de las consultas posteriores. Entre las mujeres que asistieron a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, un 95 % fue atendida por profesional calificado durante su primer control, lo que implica que el mes de la primera consulta también fue el mes del primer control con un profesional calificado. No obstante, no nos fue posible determinar la oportunidad de la primera consulta con un profesional calificado en un 5 % de las mujeres que tuvieron su primer control prenatal por personal no calificado pero que fueron atendidas posteriormente por un profesional calificado, porque no se registró la oportunidad de las consultas después del primer control con personal no calificado. En consecuencia, se excluyó a tales mujeres del análisis relativo a la oportunidad de la consulta.

Variables independientes

Las variables demográficas analizadas fueron estado civil, número de partos, edad, ocupación y nivel educativo de la mujer.

Entre las características del hogar se incluyó el género del jefe de hogar, situación urbana o rural del hogar, si algún integrante del hogar hablaba alguna lengua indígena o tenía un teléfono celular y gasto mensual per cápita del hogar.

Así mismo, incluimos características relacionadas a la salud, entre ellas la información reportada por la mujer respecto de si deseaba concebir a ese hijo o no; si había sufrido hemorragia vaginal durante el embarazo en cuestión; si alguna vez sufrió alguna complicación obstétrica (nacimiento de feto muerto o aborto natural); si recibió orientación de parte de un TCS durante el mes anterior a la encuesta; su exposición a medios masivos de comunicación durante la semana anterior a la encuesta (periódicos, radio o televisión); su grado de satisfacción durante su visita más reciente a un establecimiento de salud (entre las encuestadas que asistieron a un control reciente), y el tiempo de viaje al establecimiento de salud al que acude habitualmente. En aquellos casos en que no se contó con información respecto del tiempo de desplazamiento hasta el establecimiento de salud habitual, se consideró el tiempo de desplazamiento hasta el establecimiento de salud más cercano. Si ese dato tampoco existía, se recurrió al tiempo promedio de viaje hasta el establecimiento de salud habitual o más cercano para los hogares de dicho segmento. En México y Guatemala incluimos un indicador de si la mujer contaba con un seguro de salud. En el caso de México, se agregó una variable independiente de participación en el programa de transferencias monetarias condicionales denominado Oportunidades (hoy denominado Prospera).



Análisis de regresión

Utilizamos modelos de regresión logística específicos para los países para examinar los factores demográficos, de los hogares y de la salud asociados a cada uno de los tres resultados binarios. Utilizamos el conjunto de comandos `svy` en Stata 13.1 para representar el plan de muestreo y la posibilidad de agrupar mujeres entre segmentos. Todas las estimaciones se calcularon considerando las ponderaciones de la encuesta, a menos que se indique lo contrario.

Resultados

Recopilamos datos de 8,366 mujeres que dieron a luz en los últimos dos años en El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá (Cuadro 1). Aproximadamente un 15% de las mujeres que participaron en el estudio tenía menos de 20 años y el número promedio de hijos varió entre 2.5 en Nicaragua y 3.5 en Panamá. La mayoría de las mujeres estaba casada (84%) y se dedicaba a los cuidados del hogar (91%). El porcentaje de mujeres incluidas en la muestra que no tenían educación osciló entre un 6 % en Honduras y un 30 % en Guatemala. Si bien un 16% de las mujeres reportó vivir en un hogar donde el jefe de familia es mujer, el porcentaje de hogares con una jefa de familia varió entre un 8% en México y un 26% en Nicaragua y El Salvador. La mayor parte de los hogares (76%) se encuentra ubicada en zonas rurales. En promedio, el gasto mensual per cápita de los hogares fue de \$33.13.

El nivel más alto de cobertura de seguros se observó en México (83%), Guatemala (11%) y El Salvador (8%). Entre las mujeres que contaban con seguro en México, la gran mayoría (95%) tenía el Seguro Popular. Aproximadamente un 9% de las mujeres reportó haber sufrido complicaciones obstétricas anteriores (nacimiento de feto muerto o aborto natural) y un 13% informó haber sufrido hemorragia vaginal durante el embarazo en cuestión. Las mujeres de El Salvador fueron las que registraron la mayor probabilidad de haber recibido asesoramiento de parte de un TCS en el mes anterior (40 %) y en las mujeres de Nicaragua se observó el mayor grado de exposición a medios masivos de comunicación durante el mismo periodo (un 90 % reportó exposición a televisión, radio o periódicos). Casi un tercio (32%) de las mujeres reportó vivir a 15 minutos del establecimiento de salud al que asiste regularmente y más de un quinto (21%) vive a más de una hora de distancia.

Mujeres que asistieron a por lo menos una consulta de AP

Aproximadamente un 94% de las mujeres asistió a por lo menos una consulta de AP por personal calificado o no calificado durante su embarazo anterior, mientras que un 78% asistió a por lo menos un control prenatal por un profesional calificado (Figura 1). La brecha entre cualquier tipo de control y consulta de AP por personal calificado fue mayor en Guatemala (donde un 84% asistió a cualquier control y un 31% asistió a una consulta prenatal por personal calificado) y en México (94% asistió a cualquier consulta y 75% asistió a un control prenatal por personal calificado). En Guatemala, el resultado se explica por la gran proporción de mujeres que asiste a controles de salud donde son atendidas por auxiliares de enfermería, mientras que en México la brecha se origina fundamentalmente en la atención de mujeres por parte de parteras no calificadas. En Guatemala se observó el menor porcentaje de mujeres que asistió a por lo menos una consulta con personal calificado (31%), mientras que Nicaragua registró el porcentaje más elevado (95%). Con excepción de Guatemala y Panamá (donde visitamos solamente dos comarcas, en lugar de municipios) todos los países registraron al menos un municipio donde el

**Cuadro 1: Características demográficas, de los hogares y de la salud de las mujeres incluidas en la muestra**

N		Guatemala 1757	Honduras 1326	México 2193	Nicaragua 625	Panamá 1079	El Salvador 1386	Total 8366
Demografía								
Edad	Casada	86%	80%	91%	77%	81%	77%	84%
	Promedio de hijos	3.1	2.7	3.1	2.5	3.5	2.7	3.0
	< 20 años	16%	16%	13%	15%	15%	16%	15%
	20-34	65%	69%	70%	72%	61%	70%	68%
Ocupación	> = 35 años	19%	15%	18%	14%	24%	14%	17%
	Empleada y con trabajo remunerado	4%	8%	6%	13%	6%	8%	7%
	Ama de casa	93%	89%	93%	84%	91%	90%	91%
	Otro	3%	3%	2%	3%	3%	2%	2%
Educación	Alfabetizada	41%	66%	58%	77%	62%	80%	60%
	Enseñanza preescolar/ninguna	30%	6%	17%	9%	15%	10%	17%
	Educación básica	52%	71%	50%	46%	55%	54%	54%
	Educación secundaria	18%	23%	33%	45%	31%	37%	29%
Características del hogar								
Idiomas hablados en el hogar	Mujer jefa de familia	13%	19%	8%	26%	25%	26%	16%
	Urbano	15%	15%	38%	32%	0%	28%	24%
	Solo español	27%	100%	30%	90%	3%	No medido	44%
	Español y lengua indígena	68%	0%	64%	10%	67%		49%
	Solo lengua indígena	5%	0%	7%	0%	30%		6%
	Tiene teléfono celular	74%	75%	37%	68%	52%	82%	62%
	Gasto per cápita mensual (USD)	\$28.09	\$39.07	\$33.65	\$35.71	\$33.26	\$33.54	\$33.13
Características de la salud								
Tiempo de viaje a establecimiento de salud habitual	Embarazo deseado	87%	72%	80%	67%	70%	72%	78%
	Sangrado vaginal	16%	9%	12%	7%	38%	7%	13%
	Complicaciones obstétricas anteriores	10%	11%	9%	10%	6%	10%	9%
	Asesoramiento de TCS el mes anterior	7%	11%	17%	2%	6%	40%	14%
	Exposición a medios de comunicación el mes anterior	67%	82%	67%	90%	60%	87%	74%
	Satisfecha con la última consulta médica *	91%	95%	86%	93%	87%	No medido	90%
	<15 min.	29%	34%	34%	23%	61%	20%	32%
	15 a <30 min.	27%	26%	27%	26%	7%	28%	26%
	30 a <60 min.	22%	18%	23%	21%	9%	28%	22%
	Más de 60 min.	21%	22%	15%	30%	23%	24%	21%
	Cuenta con seguros	11%	1%	83%	4%	5%	8%	31%
	Oportunidades	N/D	N/D	63%	N/D	N/D	N/D	N/D



* entre las mujeres que asistieron recientemente a una consulta de salud

Figura 1: Mapa de calor con el número de consultas de AP por país.

	Guatemala	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	El Salvador	Total
N	1757	1326	2193	625	1079	1386	8366
Nº min. controles de AP según norma nacional	4	5	5	4	7	5	-
Porcentaje de mujeres con							
>=1 control AP por personal calificado o no	84%	96%	94%	97%	87%	98%	94%
>=1 control calificado	31%	84%	75%	95%	78%	94%	78%
>=2 control calificado	25%	80%	70%	93%	47%	No se puede determinar	72%
>=3 control calificado	22%	76%	66%	89%	43%		68%
>=4 control calificado	18%	70%	59%	81%	38%		62%
>=5 control calificado	13%	61%	52%	68%	33%		53%
>=6 control calificado	9%	51%	44%	54%	26%		44%
>=7 control calificado	7%	39%	30%	36%	15%		30%
Promedio de controles por personal calificado							
Entre todas las mujeres embarazadas	1.3	4.8	4.1	5.4	3.0	No se puede determinar	3.9
Entre mujeres con al menos un control AP	4.3	5.8	5.5	5.6	3.8	determinar	5.5

Nota: Los controles prenatales con personal calificado corresponden a consultas con médicos, enfermeros y enfermeras profesionales. Los controles prenatales con personal no calificado corresponden a consultas con matronas no calificadas, auxiliares de enfermería sin estudios universitarios, trabajadores comunitarios de salud (TCS), técnicos de laboratorio, asistentes de farmacia, curanderos tradicionales, familiares y otros. No fue posible calcular el número de consultas con personal calificado en El Salvador porque la encuesta no contenía la información necesaria.



100% de las mujeres había asistido al menos una consulta de AP por personal calificado. La cobertura de al menos una consulta de AP por personal calificado superó el 90% en todos los municipios de Nicaragua, mientras que México, Honduras y Guatemala registraron municipios donde menos de la mitad de las mujeres había asistido a por lo menos a una consulta de AP por personal calificado.

De aquí en adelante, todos los resultados se refieren únicamente a consultas de AP por personal calificado.

Número de consultas de atención prenatal por personal calificado

Guatemala y Panamá registraron el promedio más bajo de consultas de AP por personal calificado tanto entre todas las mujeres embarazadas (1.3 en Guatemala, 3.0 en Panamá), como entre las mujeres que asistieron a por lo menos una consulta de AP por personal calificado (4.3 en Guatemala, 3.8 en Panamá) (Figura 1).

En Nicaragua se observó el promedio más elevado de consultas con profesionales calificados entre mujeres embarazadas (5.4), mientras que en Honduras se constató el mayor número de mujeres que habían asistido a por lo menos un control prenatal por personal calificado (5.8). En todos los países se observó al menos un municipio donde el número promedio de consultas con personal calificado entre las mujeres que asistieron a por lo menos un control prenatal por profesionales de la salud fue superior a cinco (5). Sin embargo, en México y Guatemala también se observaron municipios donde el promedio de consultas fue inferior a tres (3).

En términos globales, el 62% de las mujeres cumplieron con la norma de la OMS de por lo menos cuatro consultas de AP por personal calificado. Específicamente, los porcentajes fluctuaron entre un 18% en Guatemala y un 81% en Nicaragua (Figura 1). Algunos municipios de Honduras, México y Nicaragua registraron más de un 90% de mujeres con al menos cuatro consultas de AP por personal calificado, sin embargo, en Honduras y México también se observaron municipios donde menos del 40% de las mujeres alcanzó el umbral. En todos los municipios de la muestra en Guatemala, menos de la mitad de las mujeres había asistido a cuatro controles prenatales con personal calificado.

Cumplieron la norma nacional relativa al número mínimo de consultas un 15% de las mujeres en Panamá (7 controles); un 18% en Guatemala (4 controles); un 52% en México (5 controles); un 61% en Honduras (5 controles); y un 81% en Nicaragua (4 controles) [14–18].

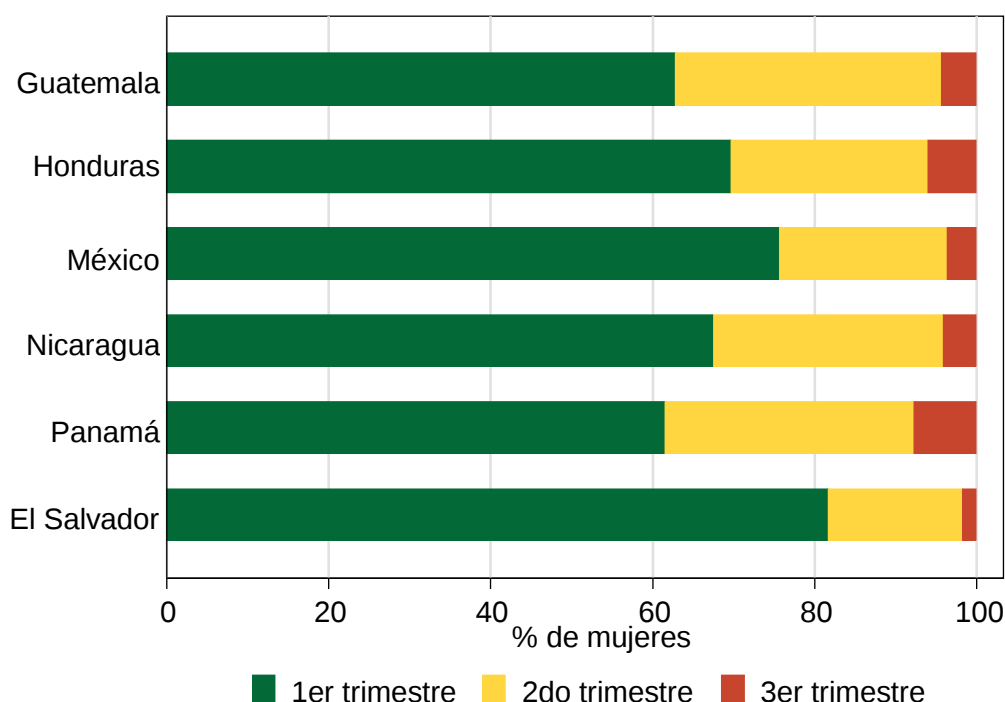
Oportunidad de la primera consulta de AP por personal calificado

En los países incluidos en el estudio, 56% de todas las mujeres embarazadas reportaron haber asistido a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre, porcentaje que fluctuó entre un 18% en Guatemala y un 74% en El Salvador. Entre las mujeres que asistieron a por lo menos una consulta de AP por personal calificado, 73% tuvo un control prenatal por personal calificado durante el primer trimestre del embarazo. El porcentaje menor correspondió a Panamá y Guatemala (63%) y el mayor a El Salvador (82%), como se puede apreciar en la Figura 2. La proporción de mujeres cuya primera consulta prenatal por personal calificado no fue hasta el tercer trimestre del embarazo varió entre un 2% en El Salvador y un 7% en Panamá. En Guatemala, Honduras, México y Nicaragua se observó un municipio en que el 100% de las mujeres asistió a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre. No obstante, con excepción de Panamá, en todos los países se identificó un municipio en que menos



de la mitad de las mujeres asistió a un control prenatal por personal calificado durante el primer trimestre.

Figura 2: Trimestre de la primera consulta de AP por personal calificado, entre mujeres que asistieron a por lo menos un control prenatal por profesionales de la salud



Factores asociados al hecho que la mujer asista a por lo menos una consulta de AP por personal calificado

En comparación con las mujeres sin educación, se asoció significativamente la educación secundaria a una mayor probabilidad de asistir a por lo menos una consulta de AP por personal calificado en Guatemala (Razón de momios [RM] = 2.92, Intervalo de confianza de 95% [IC] = 2.03-4.21), Honduras (RM = 4.50, IC = 1.57- 12.87), México (RM = 2.58, IC = 1.72-3.89), Nicaragua (RM = 6.68, IC = 2.04-21.86), y Panamá (RM = 2.24, IC = 1.02-4.89) (Cuadro 2). Pertenecer al quintil más rico también se asoció fuertemente a una mayor probabilidad en Guatemala (RM = 1.59, IC = 1.02- 2.47), Honduras (RM = 3.35, IC = 1.52-7.37) y México (RM = 2.47, IC = 1.52-4.02).

En Guatemala y México, los países que registraron la más alta cobertura de seguros de salud, contar con un seguro se asoció a una mayor probabilidad de asistir a por lo menos una consulta de AP por profesionales de la salud (Guatemala: RM = 1.60, IC = 1.09-2.36; México: RM = 1.92, IC = 1.43-2.57). En México, se asoció la participación en el programa Oportunidades a una mayor probabilidad de asistir a al menos una consulta prenatal por personal calificado (RM = 1.52, IC = 1.12-2.07), mientras que vivir en un hogar en que se hable tanto español como una lengua indígena (RM = 0.42, IC = 0.27-0.65) o solo una lengua indígena (RM = 0.33, IC = 0.18-0.61) se asoció a una menor probabilidad respecto de los hogares donde sólo se habla español.



Cuadro 2: Resultados de la regresión logística para factores asociados a que las mujeres asistan a por lo menos una consulta de AP por personal calificado

	Guatemala		Honduras		México		Nicaragua		Panamá		El Salvador	
Casada	0.91	[0.64,1.30]	1.08	[0.66,1.79]	1.1	[0.69,1.74]	0.7	[0.20,2.52]	0.71	[0.37,1.37]	0.97	[0.39,2.41]
Número de partos (ref: primer hijo)												
2º-3º hijo	0.61**	[0.46,0.82]	1.1	[0.59,2.06]	1.3	[0.87,1.93]	0.57	[0.21,1.58]	1.18	[0.46,3.04]	0.73	[0.26,2.04]
4º-5º hijo	0.62*	[0.42,0.91]	0.9	[0.46,1.76]	0.8	[0.54,1.19]	0.62	[0.16,2.35]	1.07	[0.41,2.79]	0.18**	[0.05,0.62]
6º o más hijos	1.06	[0.68,1.67]	0.63	[0.27,1.49]	0.76	[0.49,1.19]	0.24	[0.04,1.38]	0.97	[0.39,2.39]	0.4	[0.07,2.14]
Edad (ref: <20)												
20-34	2.41***	[1.66,3.49]	0.96	[0.49,1.89]	1.11	[0.74,1.65]	1.21	[0.33,4.49]	0.86	[0.36,2.05]	1.69	[0.47,6.08]
>=35	2.42***	[1.52,3.87]	1.25	[0.47,3.38]	1.45	[0.88,2.39]	1.41	[0.32,6.27]	2.43	[0.89,6.69]	1.82	[0.35,9.56]
Nivel educacional (ref: Sin educación)												
Educación básica	1.89***	[1.41,2.54]	1.86	[0.89,3.88]	1.53**	[1.13,2.07]	2.5	[1.00,6.28]	1.92	[1.00,3.70]	1.84	[0.63,5.34]
Educación secundaria	2.92***	[2.03,4.21]	4.50**	[1.57,12.87]	2.58***	[1.72,3.89]	6.68**	[2.04,21.86]	2.24*	[1.02,4.89]	1.27	[0.31,5.24]
Mujer jefa de familia	0.9	[0.61,1.32]	1.02	[0.62,1.70]	1.39	[0.86,2.27]	0.6	[0.24,1.52]	1.3	[0.68,2.47]	1.66	[0.62,4.45]
Urbano	2.07***	[1.39,3.09]	1.4	[0.68,2.89]	1.17	[0.79,1.72]	1.78	[0.29,10.87]	(todos rurales)		0.99	[0.37,2.67]
Gasto relativo del hogar (ref: 1º quintil)												
2º quintil	0.96	[0.62,1.49]	0.88	[0.50,1.53]	1.19	[0.85,1.67]	0.49	[0.17,1.41]	1.14	[0.36,3.65]	2.26	[0.83,6.13]
3º quintil	1.15	[0.72,1.84]	0.75	[0.39,1.45]	1.27	[0.87,1.84]	0.98	[0.25,3.78]	1.01	[0.35,2.90]	1.35	[0.52,3.56]
4º quintil	0.97	[0.64,1.45]	1.31	[0.73,2.37]	1.49*	[1.05,2.11]	0.31	[0.08,1.23]	0.8	[0.25,2.58]	2.83	[0.96,8.38]
5º quintil	1.59*	[1.02,2.47]	3.35**	[1.52,7.37]	2.47***	[1.52,4.02]	0.39	[0.10,1.56]	0.87	[0.27,2.87]	2.96	[0.88,9.97]
Tiene teléfono celular	1.37*	[1.04,1.81]	1.66*	[1.07,2.56]	1.33	[0.93,1.91]	0.93	[0.36,2.42]	1.31	[0.75,2.29]	1.77	[0.79,3.98]
Embarazo fue deseado	1.03	[0.73,1.47]	0.84	[0.51,1.39]	0.95	[0.68,1.31]	1.62	[0.72,3.62]			0.86	[0.34,2.13]
Reportó sangramiento vaginal	1.5	[0.91,2.49]	0.67	[0.33,1.39]	1.37	[0.91,2.07]	1	[1.00,1.00]	0.62	[0.30,1.30]	0.61	[0.16,2.33]
Complicaciones anteriores	1	[0.71,1.41]	1.28	[0.75,2.19]	0.89	[0.58,1.37]	1.19	[0.40,3.49]	0.97	[0.40,2.35]	1.94	[0.50,7.57]
TCS el mes anterior	0.75	[0.47,1.20]	1.64	[0.86,3.11]	1.44	[0.98,2.10]	0.34	[0.03,3.71]	0.7	[0.25,1.92]	1.37	[0.59,3.18]
Medios el mes anterior	1.65**	[1.20,2.27]	0.56*	[0.32,0.97]	0.91	[0.70,1.17]	1.22	[0.49,3.06]	1.21	[0.70,2.08]	0.68	[0.23,2.01]
Tiempo de viaje a establecimiento de salud (ref: <15 minutos)												
15-<30 minutos	1.11	[0.80,1.54]	0.9	[0.46,1.77]	1.21	[0.86,1.70]	0.34	[0.06,1.81]	0.77	[0.29,2.08]	0.19*	[0.04,0.87]
30-<60 minutos	1.26	[0.89,1.79]	0.83	[0.45,1.50]	1.11	[0.74,1.64]	0.36	[0.07,1.92]	1.12	[0.41,3.07]	0.23	[0.05,1.15]
Más de 60 min.	0.81	[0.54,1.22]	0.81	[0.46,1.43]	1.29	[0.74,2.25]	0.29	[0.05,1.49]	0.46	[0.20,1.08]	0.22	[0.04,1.09]
Cuenta con seguros	1.60*	[1.09,2.36]	0.83	[0.07,9.69]	1.92***	[1.43,2.57]	0.86	[0.08,8.83]	0.94	[0.29,3.10]	1.08	[0.20,5.75]
Idiomas hablados en el hogar (ref: Solo español)												
Español y lengua indígena	0.97	[0.73,1.30]			0.42***	[0.27,0.65]	0.46	[0.07,3.05]	1.64	[0.22,12.26]		
Solo lengua indígena	0.7	[0.37,1.33]			0.33***	[0.18,0.61]			1.28	[0.16,10.30]		
Oportunidades					1.52**	[1.12,2.07]						

*p<.05; **p<.01; ***p<.001



Factores que se asocian al hecho que la mujer asista a controles prenatales con personal calificado, entre las mujeres que asistieron al menos una consulta de AP por personal calificado

En comparación con las mujeres sin educación, las mujeres con educación secundaria registraron una mayor probabilidad de asistir a cuatro consultas de AP por personal calificado en Guatemala (RM = 2.18, IC = 1.10- 4.31), México (RM = 1.99, IC = 1.25-3.17) y Nicaragua (RM = 3.89, IC = 1.49-10.13) (Cuadro 3). Asimismo, se asoció la exposición a televisión, radio o periódicos a una mayor probabilidad de asistir a cuatro consultas de AP por personal calificado en Guatemala (RM = 1.63, IC = 1.05-2.53), México (RM = 1.38, IC = 1.01-1.87), Nicaragua (RM = 2.14, IC = 1.15-3.98) y Panamá (RM = 2.18, IC = 1.29-3.69). En Nicaragua, se asoció un menor número de partos y una mayor edad a mayores probabilidades de asistir a cuatro controles prenatales con personal calificado.

En comparación con las mujeres que no tienen seguro de salud, se asoció la cobertura de seguros a una mayor probabilidad de asistir a cuatro consultas de AP por personal calificado en México (RM= 1.55, IC = 1.10-2.20), mientras que la participación en el programa Oportunidades no aumentó significativamente las probabilidades de que las mujeres asistieran a cuatro controles prenatales con profesionales de la salud. En México, una vez más se observó una tendencia en que los hogares donde se habla tanto español como una lengua indígena (RM= 0.54, IC=0.37-0.78) o solamente una lengua indígena (RM=0.47, IC = 0.26-0.85) tenían menos probabilidades que los hogares donde solo se habla español de que las mujeres asistieran a cuatro consultas de AP por personal calificado.

Factores asociados al hecho que la mujer asista a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre del embarazo, entre las mujeres que tuvieron al menos un control prenatal por personal calificado

En comparación con las mujeres sin educación, se asoció la educación secundaria a una mayor probabilidad de que las mujeres asistieran a consultas de AP por personal calificado en el primer trimestre en Guatemala (RM = 3.08, IC = 1.42- 6.68), México (RM = 1.84, IC = 1.15-2.94) y Nicaragua (RM = 2.30, IC = 1.07-4.96) (Cuadro 4). Una mayor cantidad de hijos se asoció a una menor probabilidad de que las mujeres asistieran a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre en Honduras, Nicaragua y El Salvador. El hecho de estar casada se asoció fuertemente a una mayor probabilidad de asistir a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre del embarazo en México (RM = 2.29, IC = 1.42-3.70) y El Salvador (RM = 2.04, IC = 1.12-3.71). Las mujeres que deseaban concebir presentaron mayores probabilidades de asistir a un control prenatal por personal calificado durante el primer trimestre en Guatemala (RM = 2.85, IC = 1.48-5.49) y Nicaragua (RM = 1.54, IC = 1.01-2.36), mientras que las mujeres que habían sufrido complicaciones obstétricas anteriormente presentaron mayores probabilidades de asistir a controles prenatales con personal calificado durante el primer trimestre en Honduras (RM = 2.29, IC = 1.14-4.57) y Nicaragua (RM = 1.91, IC = 1.11-3.30). El hecho de vivir a una hora de distancia del establecimiento de salud habitual se asoció a una menor probabilidad de que las mujeres asistieran a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre en Nicaragua (RM = 0.46, IC = 0.27-0.79) y Panamá (RM = 0.43, IC = 0.22-0.84). También se observaron menores probabilidades en los hogares de México y Nicaragua donde se hablan lenguas indígenas. Finalmente, en México no se asoció el hecho de tener un seguro de salud ni la afiliación al programa Oportunidades a la probabilidad de procurarse atención prenatal por un profesional de la salud durante el primer trimestre del embarazo.



Cuadro 3: Resultados de la regresión logística para factores asociados a que las mujeres asistan a cuatro consultas de AP por personal calificado, entre mujeres que asisten por lo menos a un control prenatal por profesionales de la salud

	Guatemala		Honduras		México		Nicaragua		Panamá	
Casada	0.92	[0.54,1.58]	1.48	[0.85,2.58]	1.22	[0.70,2.13]	1.14	[0.65,1.99]	1.23	[0.68,2.22]
Número de partos (ref: primer hijo)										
2º-3º hijo	1.38	[0.85,2.25]	0.74	[0.40,1.36]	1.20	[0.82,1.76]	0.31**	[0.15,0.64]	1.5	[0.68,3.29]
4º-5º hijo	1.18	[0.64,2.17]	0.55	[0.27,1.12]	0.97	[0.57,1.64]	0.28**	[0.12,0.66]	1.22	[0.44,3.37]
6º o más hijos	1.25	[0.54,2.88]	0.30**	[0.13,0.67]	0.74	[0.43,1.25]	0.23*	[0.07,0.78]	1.25	[0.49,3.20]
Edad (ref: <20)										
20-34	0.85	[0.44,1.64]	1.45	[0.73,2.84]	1.42	[0.88,2.29]	3.20*	[1.32,7.74]	0.71	[0.29,1.75]
>=35	1.42	[0.61,3.31]	1.69	[0.69,4.11]	1.67	[0.91,3.07]	3.94*	[1.29,12.03]	0.44	[0.14,1.44]
Nivel educacional (ref: Sin educación)										
Educación básica	1.55	[0.84,2.88]	1.40	[0.64,3.09]	1.35	[0.91,2.01]	2.51*	[1.22,5.16]	0.95	[0.42,2.12]
Educación secundaria	2.18*	[1.10,4.31]	1.78	[0.71,4.44]	1.99**	[1.25,3.17]	3.89**	[1.49,10.13]	0.87	[0.37,2.07]
Mujer jefa de familia	0.78	[0.41,1.48]	1.02	[0.52,1.98]	0.90	[0.55,1.49]	1.25	[0.70,2.23]	1.45	[0.94,2.22]
Urbano	1.57	[0.87,2.85]	0.81	[0.50,1.34]	1.27	[0.87,1.85]	1.40	[0.64,3.05]	(todos rurales)	
Gasto relativo del hogar (ref: 1º quintil)										
2º quintil	0.91	[0.43,1.89]	1.08	[0.56,2.05]	1.19	[0.81,1.76]	0.71	[0.33,1.51]	3.67***	[1.79,7.53]
3º quintil	0.87	[0.46,1.64]	1.46	[0.80,2.66]	1.18	[0.76,1.82]	0.60	[0.28,1.29]	1.25	[0.63,2.48]
4º quintil	0.83	[0.47,1.48]	1.18	[0.64,2.18]	1.10	[0.68,1.76]	0.88	[0.33,2.31]	1.91	[0.91,4.02]
5º quintil	0.84	[0.46,1.55]	1.12	[0.57,2.23]	1.39	[0.81,2.38]	0.48	[0.20,1.16]	3.09**	[1.38,6.90]
Tiene teléfono celular	0.85	[0.54,1.33]	0.78	[0.48,1.28]	0.94	[0.66,1.33]	1.08	[0.65,1.78]	1.2	[0.67,2.15]
Embarazo fue deseado	2.46**	[1.39,4.33]	1.18	[0.76,1.82]	1.32	[0.94,1.85]	1.53	[0.88,2.64]		
Reportó sangramiento vaginal	0.72	[0.37,1.38]	1.39	[0.58,3.32]	0.82	[0.50,1.36]	1.02	[0.41,2.53]	1.69	[0.73,3.94]
Complicaciones anteriores	1.44	[0.76,2.70]	0.83	[0.44,1.56]	0.62*	[0.40,0.97]	1.33	[0.55,3.24]	1.77	[0.55,5.64]
TCS el mes anterior	0.68	[0.30,1.50]	2.37	[0.83,6.76]	1.16	[0.80,1.68]	1.20	[0.16,8.74]	1.2	[0.38,3.77]
Medios el mes anterior	1.63*	[1.05,2.53]	1.31	[0.81,2.13]	1.38*	[1.01,1.87]	2.14*	[1.15,3.98]	2.18**	[1.29,3.69]
Tiempo de viaje a establecimiento de salud (ref: <15 minutos)										
15-<30 minutos	0.68	[0.42,1.09]	0.72	[0.40,1.30]	1.06	[0.75,1.51]	1.21	[0.45,3.22]	1.42	[0.45,4.50]
30-<60 minutos	1.16	[0.63,2.16]	0.66	[0.37,1.17]	1.07	[0.74,1.56]	0.88	[0.39,1.97]	0.77	[0.35,1.72]
Más de 60 min.	0.69	[0.36,1.33]	0.69	[0.38,1.26]	0.98	[0.58,1.66]	0.72	[0.33,1.59]	0.71	[0.35,1.43]
Cuenta con seguros	1.78	[0.92,3.44]	1.21	[0.23,6.55]	1.55*	[1.10,2.20]	1.65	[0.39,7.07]	1.22	[0.34,4.32]
Idiomas hablados en el hogar (ref: Solo español)										
Español y lengua indígena	1.08	[0.66,1.76]			0.54**	[0.37,0.78]	0.55	[0.22,1.39]	0.35	[0.08,1.49]
Solo lengua indígena	0.80	[0.25,2.59]			0.47*	[0.26,0.85]			0.41	[0.09,1.88]
Oportunidades					1.31	[0.93,1.83]				

*p<.05; **p<.01; ***p<.001



Nota: En El Salvador, el diseño de la encuesta no permitió determinar si una mujer había asistido a cuatro consultas de AP por personal calificado.

Cuadro 4: Resultados de la regresión logística para factores asociados a que las mujeres asistan a una consulta de AP por personal calificado durante el primer trimestre del embarazo, entre mujeres que asisten por lo menos a un control prenatal por profesionales de la salud

	Guatemala		Honduras		México		Nicaragua		Panamá		El Salvador	
Casada	0.66	[0.35,1.23]	1.78	[0.97,3.26]	2.29***	[1.42,3.70]	1.60	[1.00,2.55]	0.75	[0.40,1.43]	2.04*	[1.12,3.71]
Número de partos (ref: primer hijo)												
2º-3º hijo	1.18	[0.68,2.05]	0.61*	[0.37,1.00]	0.73	[0.47,1.11]	0.59*	[0.37,0.94]	1.04	[0.46,2.34]	0.74	[0.41,1.32]
4º-5º hijo	0.99	[0.50,1.97]	0.48*	[0.24,0.98]	0.66	[0.38,1.15]	0.42*	[0.19,0.89]	0.63	[0.22,1.84]	0.46	[0.19,1.11]
6º o más hijos	1.29	[0.47,3.51]	0.29**	[0.14,0.62]	0.69	[0.39,1.24]	0.37*	[0.14,0.98]	0.39	[0.11,1.42]	0.27*	[0.10,0.73]
Edad (ref: <20)	1.00	[1.00,1.00]	1.00	[1.00,1.00]	1.00	[1.00,1.00]	1.00	[1.00,1.00]	1.00	[1.00,1.00]	1.00	[1.00,1.00]
20-34	1.33	[0.72,2.46]	1.68	[0.87,3.24]	2.57***	[1.67,3.97]	1.78	[0.92,3.45]	1.42	[0.68,2.97]	1.67	[0.82,3.39]
>=35	1.93	[0.78,4.77]	1.28	[0.56,2.93]	3.16***	[1.69,5.90]	1.39	[0.56,3.44]	1.62	[0.52,5.07]	1.73	[0.67,4.50]
Nivel educacional (ref: Sin educación)												
Educación básica	2.04*	[1.11,3.74]	2.17	[0.94,5.02]	1.35	[0.90,2.03]	1.52	[0.78,2.96]	0.65	[0.31,1.35]	0.40	[0.15,1.05]
Educación secundaria	3.08**	[1.42,6.68]	1.87	[0.70,5.03]	1.84*	[1.15,2.94]	2.30*	[1.07,4.96]	0.74	[0.35,1.59]	0.59	[0.19,1.84]
Mujer jefa de familia	0.96	[0.47,1.97]	1.15	[0.59,2.23]	1.10	[0.70,1.72]	1.23	[0.71,2.10]	1.48	[0.80,2.75]	0.81	[0.46,1.42]
Urbano	0.93	[0.52,1.66]	0.69	[0.42,1.13]	1.10	[0.78,1.57]	1.48	[0.82,2.67]	(todos rurales)		0.57	[0.31,1.07]
Gasto relativo del hogar (ref: 1º quintil)												
2º quintil	0.54	[0.22,1.36]	2.01**	[1.24,3.27]	1.07	[0.66,1.74]	0.84	[0.46,1.55]	0.98	[0.39,2.46]	0.95	[0.40,2.22]
3º quintil	0.69	[0.29,1.65]	1.94**	[1.18,3.19]	0.99	[0.66,1.50]	1.07	[0.61,1.91]	0.67	[0.30,1.51]	1.68	[0.66,4.29]
4º quintil	0.92	[0.42,1.98]	1.76*	[1.05,2.96]	1.15	[0.72,1.84]	0.93	[0.47,1.87]	0.82	[0.27,2.44]	1.13	[0.56,2.26]
5º quintil	1.00	[0.45,2.22]	2.25**	[1.34,3.79]	1.33	[0.77,2.31]	1.06	[0.52,2.18]	0.85	[0.33,2.23]	0.79	[0.37,1.71]
Tiene teléfono celular	0.90	[0.52,1.56]	1.21	[0.76,1.93]	0.85	[0.60,1.20]	1.02	[0.70,1.46]	0.79	[0.43,1.45]	1.36	[0.72,2.55]
Embarazo fue deseado	2.85**	[1.48,5.49]	1.32	[0.88,2.00]	1.30	[0.96,1.75]	1.54*	[1.01,2.36]			1.36	[0.84,2.19]
Reportó sangramiento vaginal	1.07	[0.47,2.41]	1.36	[0.66,2.80]	1.37	[0.82,2.29]	0.74	[0.31,1.78]	1.37	[0.53,3.54]	1.41	[0.51,3.93]
Complicaciones anteriores	1.02	[0.53,1.95]	2.29*	[1.14,4.57]	0.78	[0.52,1.17]	1.91*	[1.11,3.30]	3.82	[0.89,16.27]	1.61	[0.62,4.17]
TCS el mes anterior	1.73	[0.63,4.76]	1.06	[0.61,1.83]	1.26	[0.88,1.81]	1.68	[0.40,7.11]	1.01	[0.26,3.97]	0.96	[0.56,1.66]
Medios el mes anterior	1.04	[0.61,1.75]	0.85	[0.49,1.45]	1.22	[0.90,1.66]	1.45	[0.81,2.60]	1.32	[0.75,2.33]	1.31	[0.67,2.57]
Tiempo de viaje a establecimiento de salud (ref: <15 minutos)												
15-<30 minutos	0.54*	[0.31,0.93]	1.08	[0.68,1.72]	0.96	[0.65,1.42]	0.72	[0.45,1.17]	0.93	[0.43,1.99]	1.13	[0.53,2.43]
30-<60 minutos	0.68	[0.37,1.25]	0.80	[0.45,1.43]	0.76	[0.53,1.10]	0.61	[0.34,1.07]	0.80	[0.26,2.49]	0.68	[0.30,1.53]
Más de 60 min.	0.68	[0.33,1.41]	1.08	[0.70,1.69]	1.48	[0.84,2.60]	0.46**	[0.27,0.79]	0.43*	[0.22,0.84]	0.75	[0.31,1.79]
Cuenta con seguros	1.04	[0.59,1.86]	1.58	[0.31,8.07]	1.10	[0.72,1.66]	0.91	[0.30,2.77]	1.96	[0.54,7.07]	1.20	[0.42,3.43]
Idiomas hablados en el hogar (ref: Solo español)												
Español y lengua indígena	1.01	[0.63,1.63]			0.53**	[0.35,0.80]	0.49*	[0.25,0.93]	0.94	[0.22,4.02]		
Solo lengua indígena	0.92	[0.26,3.24]			0.41**	[0.21,0.80]			0.82	[0.18,3.63]		
Oportunidades					1.21	[0.88,1.68]						

*p<.05; **p<.01; ***p<.001



Discusión

A nuestro entender, el estudio es el más extenso sobre cobertura y oportunidad de atención prenatal que se ha realizado hasta ahora en mujeres pobres de Mesoamérica. Los resultados revelan variaciones significativas en la cobertura entre y al interior de países y demuestran que muchas mujeres siguen sin cumplir los protocolos de atención prenatal. Si bien las variables predictivas de asistir a una consulta de AP por personal calificado variaron de un país a otro, el bajo nivel educacional de la madre, el embarazo adolescente, el embarazo no deseado, el hecho de hablar una lengua indígena, un número elevado de partos, exposición limitada a medios masivos de comunicación y el hecho de no estar casada resultaron todos factores significativos en múltiples países y coincidieron con los hallazgos de una revisión sistemática de los factores de riesgo de la atención prenatal en países en vías de desarrollo [19].

Nuestro estudio se enmarca en los numerosos esfuerzos realizados para reducir las desigualdades de salud y garantizar la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe [20]. Algunos países han tenido gran éxito, como es el caso de Cuba, donde el porcentaje de mujeres que asiste a cuatro consultas de AP alcanza un 98% [21]. En los últimos años, varios de los países incluidos en el estudio han ejecutado importantes programas en favor de los pobres. Nicaragua y El Salvador llevaron a cabo drásticas reformas a la salud a fines de la década del 2000 con el objeto de reducir los gastos directos en salud, introducir equipos comunitarios de salud y establecer prioridades entre los servicios ofrecidos a los pobres [22, 23]. Por su parte, desde 2008 Honduras ha estado ejecutando su programa de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) que utiliza contratos basados en resultados para servicios de atención prenatal y de otro tipo ofrecidos en las regiones más pobres del país [16]. México cuenta con dos conocidos programas para los pobres que apuntan a fomentar la atención prenatal: el Seguro Popular de salud y el programa de transferencias monetarias condicionales Prospera (anteriormente llamado Oportunidades) que apoya directamente y fomenta la atención prenatal [24]. A pesar de todos esos esfuerzos, no se ha logrado la cobertura universal de la atención prenatal y se requieren con urgencia intervenciones por el lado de la oferta y la demanda en las comunidades pobres.

Si bien las barreras a la atención prenatal varían de un país a otro, el estudio registra diversos hallazgos que son comunes a todos los países. En primer lugar, los países deberían establecer prioridades para los servicios de salud ofrecidos a los grupos más vulnerables de mujeres y buscar empoderar a dichas mujeres. En estos grupos se incluyen mujeres solteras, con menor nivel educativo, adolescentes e indígenas. Investigaciones cualitativas han identificado factores sociales como el machismo y la falta de empoderamiento como obstáculos fundamentales para la autonomía reproductiva de las mujeres y una gran cantidad de estudios han demostrado la gran influencia que ejerce el nivel educativo de las mujeres en los conocimientos, el comportamiento y los resultados de salud materna y del niño [25, 26]. Asimismo, el empoderamiento de las mujeres está estrechamente ligado a la prevención de embarazos no planificados. Nuestro estudio confirma el hallazgo de que las mujeres que carecen de control sobre su fecundidad tienen menos probabilidades de saber que están embarazadas, lo cual retrasa sus esfuerzos de procurarse atención de salud [27]. Esta situación reviste un reto especialmente relevante en Nicaragua, donde un tercio de las mujeres reporta no haber deseado quedar embarazada, al igual que sucede en Panamá, El Salvador y Honduras. Además de abordar los factores sociales antes mencionados, es necesario introducir mejoras al sistema de salud con el fin de mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de planificación familiar. Por ejemplo, si bien el Plan Nacional de Salud de Nicaragua tiene a la planificación familiar entre sus prioridades, el estudio de línea base de establecimientos de salud



que realizamos para la ISM detectó que muchos establecimientos siguen careciendo de métodos anticonceptivos [13]. Los países deben fortalecer sus servicios de planificación familiar para reducir los embarazos no deseados y centrarse fundamentalmente en programas orientados a adolescentes y a servicios culturalmente apropiados para las comunidades indígenas.

Otro importante hallazgo de nuestro estudio fue el fuerte vínculo que se detectó entre exposición a los medios masivos de comunicación y la asistencia de las mujeres a controles prenatales. Esta constatación podría reflejar diferencias no detectadas en el nivel de riqueza y las condiciones de vida que podrían confundir la relación que existe entre exposición a los medios y la asistencia a controles prenatales. Si bien nuestro hallazgo no establece una relación causal entre los mensajes de los medios de comunicación y la atención prenatal, sí deja en evidencia que no es posible llegar a las mujeres que no están asistiendo a consultas de AP a través de los medios convencionales. Los programas de salud deberían buscar métodos alternativos de comunicación para llegar a estas poblaciones de alto riesgo, como por ejemplo, enviar a agentes de salud a las comunidades o bien organizar grupos de mujeres [28].

En Guatemala y Panamá también se observan otros retos específicos del contexto, dado que estos dos países registraron la tasa más baja de asistencia a consultas de AP por personal calificado. En primer lugar, las regiones de la ISM en estos dos países, además de México, contienen poblaciones en su mayoría indígenas. Las tasas en extremo bajas de asistencia a controles prenatales con personal calificado en Guatemala se explican fundamentalmente porque en sus consultas de AP las mujeres son atendidas por auxiliares de enfermería a quienes no se les considera dentro del personal calificado. Aun cuando nuestras estimaciones sobre el porcentaje de mujeres que consulta a un proveedor, sea calificado o no, en Guatemala (84 %) fueron muy similares a lo reportado por el censo nacional de 2008-09 (90 %), observamos que menos de un tercio de las mujeres asiste a por lo menos un control prenatal por personal calificado [29]. Por otra parte, un estudio de redes sociales realizado en Guatemala también reveló las madres, los cónyuges y las suegras influyen fuertemente en la decisión de procurarse atención prenatal [30]. Respecto de Panamá, es importante destacar que la ISM opera en dos regiones sumamente inaccesibles. Por lo tanto, no resulta sorprendente que nuestras estimaciones de cobertura de AP (87 % para cualquier control prenatal y 78 % para al menos una consulta de AP por personal calificado) sean menores que las informadas por una encuesta nacional de 2009 respecto de todas las mujeres rurales (96 % para cualquier control prenatal) [31]. Las barreras geográficas que enfrentan las mujeres de estas comunidades son especialmente determinantes y exigirán la aplicación de soluciones creativas como equipos móviles de atención prenatal. También se han identificado barreras a la oferta en estos dos países y la falta de laboratorios y ecógrafos en los establecimientos de salud cercanos desmotiva a las mujeres a asistir a controles prenatales [30].

Al interpretar estos hallazgos es necesario tener en cuenta que nuestro estudio adolece de diversas limitaciones. En primer término, tomamos como referencia la información auto reportada por las mujeres respecto de su atención prenatal. Asimismo, minimizamos el sesgo de memoria al restringir nuestro análisis a los nacimientos de los dos últimos años, sin embargo, será conveniente comparar nuestros resultados con la información relativa a la oportunidad y al número de consultas de AP que consta en los registros médicos.

Por otro lado, la clasificación de “personal calificado” de nuestro estudio emana de una norma internacional relativa al tipo de proveedor y en la práctica esta clasificación bien puede variar de un país a otro. Nuestro estudio no analizó la calidad de la atención prenatal, lo cual podría exigir esfuerzos adicionales de parte de países que ya han logrado un alto nivel de cobertura de



atención prenatal continua y oportuna por personal calificado. No obstante, nuestro estudio se sustenta en una muestra de gran tamaño, un censo actual que garantiza la representatividad y una metodología estándar que permite la comparación entre países.

Conclusiones

La atención prenatal temprana y continua es esencial para garantizar la salud de madres e hijos. Nuestros hallazgos señalan la necesidad de asignar prioridad a los recursos para los grupos vulnerables y de diseñar intervenciones específicas para los países con las cuales mejorar la cobertura y la oportunidad de la AP en las comunidades más pobres de Mesoamérica. Si bien nuestro estudio detectó grandes brechas en la cobertura de AP, también identificó muchos municipios al interior de las regiones más pobres de cada país donde la mayor parte de las mujeres cumplen con las normas de AP. Esta constatación resulta muy alentadora para los planificadores de la salud pública puesto que los municipios con buenos resultados pueden ofrecer prácticas eficaces para mejorar la atención prenatal en otras comunidades pobres de la región. La elaboración de programas puede apoyarse en estudios cualitativos orientados a identificar las mejores prácticas de las áreas más eficientes y a comprender mejor los factores que influyen en las decisiones de las mujeres y en los problemas de los sistemas de salud.

Declaraciones

Aprobación del Comité de Ética y consentimiento de participación

Todos los datos fueron recopilados una vez que se obtuvo el consentimiento informado de los entrevistados. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington, organismos asociados de recolección de datos y del ministerio de salud de cada país.

Consentimiento para publicación

No corresponde.

Disponibilidad de los datos y materiales

Los datos se pondrán a disposición del público en virtud de acuerdos contractuales de la Iniciativa Salud Mesoamérica. Actualmente, la información puede ser solicitada por escrito a los investigadores del Banco Interamericano de Desarrollo indicados a continuación:

Emma Margarita Iriarte M.D., MSP
Secretaría Ejecutiva
Iniciativa Salud Mesoamérica
Calle 50 con Calle Elvira Méndez
Edificio. Tower Financial Center (Towerbank), Piso 23
Ciudad de Panamá, Panamá
Tel.: (+507) 206-0908

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.



Financiamiento

Este estudio contó con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Fundación Carlos Slim de la Salud, a través del Banco Interamericano de Desarrollo. Los patrocinadores de este estudio no tuvieron ninguna injerencia en el diseño del mismo, la recolección de datos, su interpretación o la redacción del informe. El autor principal tuvo pleno acceso a todos los datos pertenecientes al estudio y asume la responsabilidad final por la decisión de publicarlo.

Aportes de los autores

ED diseñó y realizó los análisis y redactó el primer borrador del documento. CRM colaboró en la preparación y análisis de los datos y en las revisiones del documento. MCG, SSD, AH, CKJ, EBP, AS, BH y AHM participaron en el diseño y muestreo de la encuesta, supervisión de la calidad de los datos e interpretación de los resultados. PZ-B y DRZ contribuyeron con la supervisión del proyecto, el diseño del estudio, la realización de las encuestas y la interpretación de los resultados. BH, EI y AHM supervisaron el proyecto y dirigieron el análisis. Todos los autores leyeron y aprobaron el documento final.

Agradecimientos

Deseamos agradecer a todas las mujeres que participaron en la encuesta puesto que sin ellas este estudio no habría podido realizarse.



Referencias

1. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2001;15 Suppl 1:1–42.
2. Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2014;121 Suppl 4:141–53.
3. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet.* 2014;384:347–70.
4. Ketterlinus RD, Henderson SH, Lamb ME. Maternal age, sociodemographics, prenatal health and behavior: Influences on neonatal risk status. *J. Adolesc. Health Care.* 1990;11:423–31.
5. Abdal Qader MA, Badilla I, Mohd Amin R, Ghazi HF. Influence of antenatal care on birth weight: a cross sectional study in Baghdad City, Iraq. *BMC Public Health.* 2012;12:A38.
6. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *Eur. J. Public Health.* 2013;23:366–71.
7. Pervin J, Moran A, Rahman M, Razzaque A, Sibley L, Streatfield PK, et al. Association of antenatal care with facility delivery and perinatal survival – a population-based study in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:111.
8. Dixit P, Dwivedi LK, Ram F. Strategies to Improve Child Immunization via Antenatal Care Visits in India: A Propensity Score Matching Analysis. *PloS One.* 2013;8:e66175.
9. Triunfo S, Lanzone A. Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes. *J. Endocrinol. Invest.* 2014;
10. Ortiz I, Cummins M. Global Inequality: Beyond the bottom billion [Internet]. UNICEF Policy and Practice; 2011. Available from: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Global_Inequality_REVISED_-_5_July.pdf
11. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. Determinants of prenatal care use: evidence from 32 low-income countries across Asia, Sub-Saharan Africa and Latin America. *Health Policy Plan.* 2014;29:589–602.
12. Instituto Nacional de Información de Desarrollo Ministerio de Salud. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2006/07 Informe Final [Internet]. 2008. Available from: http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa_2006/InformeFinal06_07.pdf
13. Mokdad AH, Colson KE, Zúñiga-Brenes P, Ríos-Zertuche D, Palmisano EB, Alfaro-Porras E, et al. Salud Mesoamérica 2015 Initiative: design, implementation, and baseline findings. *Popul. Health Metr.* 2015;13:metaTagArticleVolume:3.
14. Ministerio de Salud El Salvador. Guías clínicas de atención a la mujer en los periodos preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido [Internet]. 2011. Available from: http://www.fosalud.gob.sv/phocadownload/Guia_Prenatal_Integrada_29%20julio_de_2011.pdf
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel [Internet]. 2012. Available from: <http://mepas.gob.gt/libreacceso/images/stories/datos/2012/diciembre/Manual%20de%20Normas%20de%20Atenci%C3%B3n%20%28numeral%206%29.pdf>
16. República de Honduras. Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal [Internet]. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/salud/normas.nacionales.para.la.atencion.materno-neonatal.pdf>



17. Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Salud. Norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atencion de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 1995.
18. Ministerio de Salud Panama. Revision de normas de salud integral de la mujer [Internet]. 2007. Available from: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/revision_de_normas_de_salud_integral_de_la_mujer.pdf
19. Simkhada B, Teijlingen ER van, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J. Adv. Nurs.* 2008;61:244–60.
20. Horton R, Das P. Universal health coverage: not why, what, or when--but how? *Lancet Lond. Engl.* 2015;385:1156–7.
21. MINSAP and UNICEF. Cuba Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014 [Internet]. 2014. Available from: https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/Latin%20America%20and%20Caribbean/Cuba/2014/Final/Cuba%202014%20MICS_Spanish.pdf
22. The New Left and Health Care Reform in El Salvador - Clark - 2015 - Latin American Politics and Society - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2016 May 27]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1548-2456.2015.00291.x/pdf>
23. The Nicaraguan Health System [Internet]. PATH; 2011. Available from: <https://www.path.org/publications/files/TS-nicaragua-health-system-rpt.pdf>
24. Valle AM. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. *Glob. Health Action.* 2016;9:29030.
25. Gakidou E, Cowling K, Lozano R, Murray CJ. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *The Lancet.* 2010;376:959–74.
26. Karlsen S, Say L, Souza J-P, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health.* 2011;11:606.
27. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reprod. Health.* 2014;11 Suppl 3:S1.
28. Allen J, Gamble J, Stapleton H, Kildea S. Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. *Women Birth.* 2012;25:54–63.
29. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Centros de Control y Prevención de Enfermedades. MSPAS Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 [Internet]. 2010. Available from: <https://hablandoguatemala.files.wordpress.com/2011/10/encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil-2008-2009.pdf>
30. Kolodin S, Rodriguez G, Alegria-Flores K. Asuntos de Familia: Estudio Cualitativo Sobre Las Redes Sociales Durante El Embarazo Y Parto En Mesoamérica Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras Y Nicaragua. [Internet]. Inter-American Development Bank; 2015. Available from: <http://publications.iadb.org/handle/11319/6954>
31. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panama National Survey of Sexual and Reproductive Health 2009. 2010.