



Instituto Nacional
de Salud Pública

**Atención a la salud materna desde la perspectiva de los
Derechos Sexuales y Reproductivos en el Estado de San Luis
Potosí.**

Artículo que para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Epidemiología con énfasis en
salud sexual y reproductiva presenta: Leticia Martínez Martínez.

(Generación 2013-2015)

Comité de tesis: Dra. Leonor Rivera Rivera (Directora), Dr. Julio César Campuzano Rincón
(Asesor), Mtra. Elvia de la Vara Salazar (Lectora).

Resumen

Antecedentes: En México se han planteado acciones dirigidas a mejorar la atención a la salud materna como la atención a las mujeres durante el proceso de gestación como parte de la cobertura universal en salud; no obstante, no se ha tenido el impacto suficiente para reducir la brecha de inequidades existente en la utilización de la atención prenatal en Estados con un grado de marginación alta o muy alta, por lo que siguen alarmando indicadores de salud materna como la mortalidad materna o la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Bajo este contexto, el presente estudio pretende analizar este fenómeno a partir del marco conceptual de los Derechos sexuales y reproductivos. **Objetivo:** Evaluar los determinantes sociales de la salud reproductiva asociados a la utilización de la atención prenatal en el Estado de San Luis Potosí, desde una perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos. **Metodología:** Utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT, 2012), se realizará un análisis multivariado de la calidad de la atención a la salud materna a partir de la utilización de la atención prenatal (compuesto por un índice en referencia a la normativa mexicana de atención del embarazo) con relación a los determinantes individuales y sociales de la salud (afiliación a servicios de salud, cobertura de salud, nivel de marginación, estado conyugal, nivel educativo, tipo de localidad), ajustando por variables como edad, paridad y padecimientos maternos. **Resultados esperados:** Se espera encontrar que existe una relación entre los mencionados determinantes sociales de la salud y la atención a la salud materna.

Palabras Clave: Atención a la salud materna, utilización de la atención prenatal, derechos sexuales y reproductivos, Determinantes sociales de la salud.

Introducción

La atención prenatal (AP), consiste en una serie de intervenciones de monitoreo durante el periodo gestacional dirigidas a la detección y control de factores de riesgo obstétrico relacionados con morbilidades o condiciones previas al embarazo (1,2). A partir de la institucionalización de la AP se ha logrado mejorar en la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, hemorragias durante el embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo, lo que de manera indirecta ha contribuido a una reducción de la morbi-mortalidad materna (3–6).

La AP se puede medir a partir tres dimensiones: el acceso a servicios de salud reproductiva, la calidad de los servicios ofertados en la AP y la utilización de la AP (3). Para medir la utilización de la AP se requiere conocer dos parámetros, la edad gestacional al inicio de los controles y el número de visitas realizadas. Se recomienda que el inicio de AP sea antes de las primeras doce semanas de gestación. Sobre el número total de controles prenatales, los parámetros varían de acuerdo a los criterios de cada país, la OMS recomienda al menos 4 visitas, mientras que las normas oficiales en México recomiendan como mínimo 5. (7).

Los estudios realizados sobre la utilización de la AP han encontrado que existen barreras que denotan inequidad y que pueden deberse a determinantes sociales, como el índice de marginación, la afiliación a un seguro médico, las condiciones de género a niveles individual y poblacional (5). En México, la literatura sobre obstáculos de utilización de AP es reducida (8).

Actualmente en nuestro país, el rezago en indicadores de salud materna, como lo es la utilización de AP se concentra en entidades con mayor número de población hablante de lengua indígena y rural, así como con niveles altos y muy altos de marginación social (9–11) como es el caso del Estado de San Luis Potosí; esta entidad cuenta con más del veinte por ciento de población indígena, y una mayor proporción de población en áreas rurales; algunos de estas comunidades están descritas con algún grado de marginación un índice de marginación alta (12).

San Luis Potosí ostenta uno de los lugares más altos a nivel nacional en cuanto a morbilidad y mortalidad materna por lo cual se perfila en el patrón de estados en una situación intermedia desfavorable de salud reproductiva que permite estudiarlo a partir de su contexto de derechos sexuales y reproductivos (13). Estos derechos, incluyen el derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y la información independientemente de su edad o estado civil, imprescindible para todos, incluidos los adolescentes, para hacer realidad sus derechos humanos en relación con su sexualidad (14).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar, los determinantes sociales de la salud reproductiva asociados a la utilización de la AP en el Estado de San Luis Potosí, teniendo en cuenta una perspectiva basada en los derechos sexuales y reproductivos.

Metodología

Población, procedimientos e instrumentos

Se realizó un análisis secundario de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, encuesta transversal con muestreo probabilístico

estratificado, por conglomerados, con representatividad nacional, regional, estatal y de los estratos urbanos y rurales que permite estimar prevalencias de eventos relacionados con salud, como lo es la Salud Reproductiva (15). Para el presente estudio se utilizaron datos de 271 mujeres del Estado de San Luis Potosí, que hayan tenido un embarazo y parto en los cinco años previos a la encuesta; estas mujeres representan a 257688 mujeres.

Variables del estudio

Atención prenatal

La AP se midió a partir de un índice construido por dos parámetros: la frecuencia de consultas y la edad gestacional de la primera visita; ambas mediciones se obtuvieron a partir de las preguntas “*En total, ¿cuántas veces te revisaron durante tu último embarazo?*” y “*¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?*” La variable de respuesta de atención prenatal es dicotómica para lo cual se consideró como *APAdecuada* que se cumplieran los criterios del inicio de la atención prenatal a la edad gestacional ≤ 3 meses y el número de consultas ≥ 5 consultas y AP Inadecuada quienes tenían un inicio posterior al primer trimestre y una frecuencia < 5 consultas. . La referencia para estos criterios son los lineamientos establecidos en la NOM-007-SSA2-1993 y las recomendaciones de la OMS sobre atención de calidad de la salud materna (16,17).

Variables sociodemográficas y de salud reproductiva

La edad, se categorizó en tres grupos etarios: *adolescentes* de 15 a 19 años, *adultas jóvenes* de 20 a 29 años y *adultas* de más de 30 años. La escolaridad se obtuvo a partir de las preguntas de *último grado de estudio* y *años cursados* y se categorizó de 0 a 9 años de estudio y de 10 años de estudio en adelante.

Se midieron otras variables sociodemográficas como la ocupación, reportada a partir del trabajo por lo menos de una hora realizado la semana anterior a la entrevista; la etnicidad considerada con la pregunta ¿Usted habla alguna lengua indígena?, y el estado civil, se categorizó en: unidas (casadas o en unión libre) o no unidas (viudas, solteras, separadas o divorciadas).

Para medir el lugar de residencia se clasificó a partir de su Área Geoestadística básica (AGEB) correspondiente como rural, urbano y metropolitano; para fines de este estudio, se incluyeron las observaciones del estrato metropolitano como residencia urbana; a su vez, se utilizó el estrato de marginación asignado por AGEB clasificado en la encuesta como Alto o Bajo.

La seguridad social se clasificó de la siguiente manera: a) afiliación al seguro popular y b) no afiliación al seguro popular, quienes estuvieran aseguradas por otra institución o no estuvieran aseguradas.

El lugar donde se recibió la mayoría de las consultas de atención prenatal, fue clasificado en tres categorías: 1) Seguro Popular, 2) IMSS/ISSTE y 3) otros. Para la medición de la gravidez y la paridad se agruparon en dos categorías: menos de tres embarazos/partos y tres o más embarazos/partos.

Análisis Estadístico

Utilizando el paquete estadístico STATA 13, se estimó la prevalencia de los indicadores de atención prenatal, así como de las variables independiente con intervalos de confianza de 95% (IC 95%). Se comparó a través de análisis bivariados, las proporciones de AP adecuada e inadecuada respecto de un conjunto de variables de interés. Se ajustó un modelo de regresión logística múltiple usando la AP como variable dependiente y un

conjunto de características individuales y sociodemográficas como variables independientes, con lo que se obtuvieron razones de momios (RM) con IC 95%. Los análisis se ajustaron para el diseño de la encuesta utilizando los ponderadores correspondientes; se consideraron niveles de significancia de $p < .05$ y, en algunos casos, de $p < .10$ para reportar asociaciones significativas y marginalmente significativas.

Resultados

Atención prenatal

Se estimó que la prevalencia de mujeres que tuvieron AP adecuada fue del 83.17% (77.13%-89.20%), mientras que la de mujeres que tuvieron una AP inadecuada fue de 16.82% (10.79%-22.86%).

Características de la población.

La edad promedio de las mujeres del estudio fue de 29.12 ± 7.16 años, siendo que la mayor proporción de éstas (46.64%) se sitúa en el grupo de más de 30 años. En cuanto a la escolaridad, la media de años de estudio fue de 8.01 ± 3.32 años, destacando que más de la mitad de las mujeres del estudio cursó menos de la educación básica completa (70.41%). Asimismo, una mayor proporción de mujeres no tienen un empleo remunerado y más de tres cuartas partes de las mujeres tenían estado civil de unidas (casadas o en unión libre) al momento de la encuesta y menos del 10% del total resultó ser hablante de una lengua indígena. Tan sólo una cuarta parte de las mujeres reside en un entorno rural y menos del 20% vive en localidades con alta marginación.

En cuanto a características de salud reproductiva, la media de embarazos de la muestra fue de 3 ± 1.82 y el de partos de 2.73 ± 1.65 . Alrededor de la mitad de las mujeres se encontraba

afiliada al Seguro Popular, aunque menos del 50% eligió instalaciones de la Secretaría de Salud para sus controles prenatales. (Véase *Cuadro I*).

Factores sociodemográficos y de salud reproductiva asociados a la atención prenatal

Al comparar las mujeres que recibieron AP adecuada e inadecuada por las variables de estudio, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los grupos de edad y escolaridad, estado civil y el lugar de atención prenatal. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre AP adecuada y no adecuada y las siguientes variables: ocupación, etnicidad, lugar de residencia, estrato de marginación, número de embarazos, paridad y afiliación al SP. (Ver cuadro II).

Después de ajustar en el modelo final por las variables de estudio, se encontró que dentro de las características sociodemográficas, la edad es un factor importante que está asociado a la AP adecuada. Es decir, las mujeres que tienen mayor edad tienen mayor posibilidad de recibir atención adecuada ($P < 0.05$). Al analizar la edad por grupos, se encontró que las mujeres que pertenecen al grupo de 20 a 29 y de 30 años de edad en adelante tienen más posibilidades de recibir una AP adecuada con respecto al grupo de mujeres adolescentes (RM= 10.08; IC 95% 3,39-29,98 y RM= 16.51; IC 95% 2.62-59.00).

Asimismo, se observó que el tener una escolaridad mayor de ≥ 10 años se asocia positivamente a tener una AP adecuada (RM 3.96; IC 95% 1.15-14.87). Asimismo, se encontró que las mujeres que reportaron status marital unida (casada o unión libre)

tuvieron una mayor posibilidad de tener una AP adecuada en comparación con aquellas mujeres que no estaban maritalmente unidas. (RM 4.05; IC 95% 1.03-15.80).

En relación a las variables reproductivas, se encontró que las mujeres que tuvieron el antecedente de ≥ 3 embarazos, tienen menos posibilidad de tener una AP adecuada en comparación con las mujeres que tuvieron el antecedente de < 3 embarazos. (RM=0.66; IC 95% 0.52-0.83). Las variables que no estuvieron estadísticamente asociadas a AP adecuada fueron: ocupación, etnicidad y lugar de atención prenatal. (Ver cuadro III).

Se probó otro modelo buscando posibles interacciones entre el número de embarazos y la edad y la afiliación a seguridad social, no obstante, los resultados obtenidos no fueron significativos.

Cuadro I. Características sociodemográficas de las mujeres del estudio. San Luis Potosí, ENSANUT 2012

	<i>N</i>	<i>Frecuencia²</i> <i>(IC95%)</i>	<i>Población</i> <i>Ponderada</i>
Edad			
15 a 19	37	9,12 (5,41-12,83)	23,516
20 a 29	104	44,22 (35,77-52,67)	113,961
> 30	130	46,64 (38,20-55,90)	115,096
Escolaridad			
0 a 9 años	210	70,41 (62,24-78,56)	110,324
≥ 10 años	61	29,59 (21,43-37,75)	147,346
Ocupación			
Tiene un trabajo remunerado	96	41,4 (32,08-50,79)	106,776
No tiene un trabajo remunerado	175	58,6 (49,21-67,92)	150,911
Etnicidad			
Habla lengua indígena	234	7,01 (1,44-12,56)	239,637
No habla lengua indígena	37	92,99 (87,43-98,55)	18,050
Estado civil			
Con pareja	226	83,11 (76,72-89,51)	214,190
Sin pareja	45	16,88 (10,48-23,27)	43,497

Lugar de residencia	Rural	110	27,83 (14,34-41,33)	71,730
	Urbano	161	72,16 (52,66-85,65)	185,957
Estrato de marginación	Alta	82	14,64 (6,16-23,12)	37,728
	Baja	189	85,35 (76,87-93,86)	219,959
Número de embarazos	<3	131	50,37 (42,36-58,38)	129,808
	>3	140	49,62 (41,61-57,63)	127,879
Paridad	<3	142	56,05 (48,28-63,83)	144,459
	>3	129	43,94 (36,16-51,71)	113,228
Afiliación a SP*	Afiliadas	173	57,17 (49,29-65,06)	110,342
	No afiliadas	98	42,28 (34,93-50,70)	147,346
Lugar de atención prenatal	Seguro Popular	146	48,81 (40,08-57,54)	125,779
	IMSS/ISSTE	66	25,06 (18,21-31,90)	67,330
	Otros	59	26,12 (18,81-33,43)	64,579

1 Datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

2 Frecuencia establecida en porcentajes (%)

3 Al aplicar ponderadores, esta muestra es representativa de 257688 mujeres.

4 En el grupo de las No afiliadas al Seguro Popular, se encuentran las que poseen otro tipo de seguridad social

5 En el grupo de las mujeres unidas, se encuentran aquellas que reportan estar casadas o en unión libre, las no unidas reportaron estar viudas, separadas, divorciadas o solteras.

Cuadro II. Frecuencia de AP por características sociodemográficas y de salud reproductiva. San Luis Potosí, ENSANUT 2012. ¹

	Atención Prenatal		P	
	Adecuada	Inadecuada		
Edad	15 a 19	22 (59,46%)	15 (40,54%)	<0,05
	20 a 29	93 (89,42%)	11 (10,58%)	
	> 30	108 (83,08%)	22 (16,92%)	
Escolaridad	0 a 9 años	166 (79,05%)	44 (20,95%)	0,01*
	≥10 años	57 (93,44%)	4 (6,56%)	
Ocupación	Tiene un trabajo remunerado	145 (82,86%)	30 (17,14%)	0,74
	No tiene un trabajo remunerado	78 (81,25%)	18 (18,75%)	

Etnicidad	Habla lengua indígena	27 (72,97%)	10 (27,03%)	0,08*
	No habla lengua indígena	196 (83,76%)	38 (16,24%)	
Estado civil ³	Sin pareja	32 (71,11%)	13 (28,89%)	0,03
	Con pareja	191 (84,51%)	35 (15,49%)	
Lugar de residencia	Rural	87 (79,09%)	23 (20,91%)	0,25
	Urbano	136 (84,47%)	25 (15,53%)	
Estrato de marginación	Alta	65 (79,27%)	17 (20,73%)	0,39
	Baja	158 (83,60%)	31 (16,40%)	
Número de embarazos	<3	109 (83,21%)	22 (16,79%)	0,07
	≥3	114 (81,43%)	26 (18,57%)	
Paridad	<3	118 (83,10%)	24 (16,90%)	0,7
	≥3	105 (81,40%)	24 (18,60%)	
Afiliación a SP	Afiliadas	141 (81,50%)	32 (18,50%)	0,65
	No afiliadas ²	82 (83,67%)	16 (16,33%)	
Lugar de atención prenatal	Seguro Popular	113 (77,40%)	33 (22,60%)	0,07*
	IMSS/ISSTE	59 (89,39%)	7 (10,61%)	
	Otros	51 (86,44%)	8 (13,56%)	

1 Datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

2 En el grupo de las No afiliadas al Seguro Popular, se encuentran las que poseen otro tipo de seguridad social

*Se realizó la prueba exacta de Fisher para muestras pequeñas.

Cuadro III. Resultados del Modelo de Regresión logística prediciendo por utilización de AP. San Luis Potosí, ENSANUT 2012¹

	RM ² sin ajustar (IC95%)	RM ² ajustado ³ (IC95%)
Edad	15 a 19*	
	20 a 29	6,47 (2,4-17,4) ‡
	30 en adelante	6,39 (2,92- 13,97) ‡
Escolaridad	0 a 9 años *	
	≥10 años	0,42 (0,28-0,62) ‡
Lugar de atención	Otros/Privado*	
	IMSS/ISSTE	0,30 (0,92-1,02)
	Seguro Popular	0,65 (0,17-2,51)
Estado civil	No Unidas*	
	Unidas	2,60 (0,93-7,25)

Ocupación	No tiene un trabajo remunerado*		
	Tiene un trabajo remunerado	1,00 (0,42-2,38)	1,03 (0,27-3,98)
Número de embarazos	≥3*		
	<3	1.14 (1.38-0.95)	1.51 (1.92-0.83) ‡
Etnicidad	No hablantes de lengua indígena *		
	Hablantes de lengua indígena	1.92 (0.78-4.70)	1,81 (0.41-2.71)

¹ Datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

‡ Estadísticamente significativo P<0.05

² Resultados en Razones de Momios de Prevalencia

³ Modelo de regresión ajustado por las covariables y número de embarazos

*Categoría de referencia

Discusión

Este estudio muestra que en el Estado de San Luis Potosí hubo un 16% de rezago en la utilización de AP de acuerdo a los criterios establecidos en la Norma Oficial (16). Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa en la utilización de AP el grupo de edad, la escolaridad y el estado civil. Estos resultados muestran que a pesar de las metas internacionales de cobertura universal de atención del embarazo, establecidas en el objetivo del milenio 5 (18,19), todavía existen barreras para garantizar el derecho a la salud reproductiva de las mujeres como un derecho humano (20,21).

Se encontró que la edad es un factor fuertemente asociado a la utilización de AP, siendo las adolescentes el grupo que menor utilización tuvo. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en Canadá, que compara a adultas de 20 a 25 años y mayores de 25 años con adolescentes donde se encontró que éstas últimas reciben menos controles prenatales y reciben menos intervenciones, teniendo como referencia las 11 consultas prenatales de los parámetros en ese país (22). Estudios

realizados en países en desarrollo han encontrado que los embarazos a edad temprana tienen una relación con una baja o nula utilización de los servicios de AP (23,24).

De acuerdo a diversos estudios, la identificación de las adolescentes como grupo vulnerable y con una mayor necesidad de controles prenatales, es a partir del objetivo de reforzar el monitoreo de enfermedades de transmisión sexual dado que éstas pueden causar complicaciones obstétricas (25,26). Una de las hipótesis que explica la baja frecuencia de la utilización de la AP, es la capacidad limitada de decisiones de éste grupo etario sobre sus decisiones reproductivas, lo que conlleva al acceso/utilización limitado de servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes (27–29).

Un estudio transversal, realizado a partir de una Encuesta Nacional de Salud Materna en Ghana, encontró que tener baja escolaridad y no estar unidas se asocian con una baja utilización de AP o la iniciación tardía de las visitas prenatales (30). En la Ciudad de México un estudio transversal realizado mediante análisis de senderos, encontró que el estado civil y la escolaridad, funcionan como mediadores de la utilización de la AP a partir del acceso a servicios de salud (31), concordando con los resultados de este estudio. No obstante que en nuestros hallazgos, el tipo de afiliación a Seguridad Médica, no resultó significativa.

La escolaridad es un factor que tiene una relación directa con recibir una buena AP, como un mediador en la capacidad de acudir a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (23,32). Estudios demográficos realizados en México han

señalado que tener una escolaridad baja y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, resulta en un menor uso de servicios de salud reproductiva a partir del desconocimiento de métodos anticonceptivos, embarazos a edades más tempranas y una menor capacidad de negociación con sus parejas sobre su vida reproductiva (33,34)

En el presente estudio resultó que las mujeres unidas tuvieron una mayor posibilidad de utilizar adecuadamente la AP. Un estudio cualitativo, realizado con grupos focales mostró que relación entre el estado civil y la utilización de la AP se debe a la detección temprana del embarazo y al apoyo en las decisiones sobre salud reproductiva (35). Si bien se ha encontrado asociación en varios estudios entre la relación de las mujeres embarazadas con tener una pareja, las intervenciones en el área de control prenatal perciben el papel de los hombres como tangencial, invisibilizando su participación en la reproducción (36).

Se encontró en este estudio que, haber tenido más de 3 embarazos, se relaciona de manera inversa con la utilización de AP. Estos hallazgos coinciden con los resultados de un estudio en Tanzania donde se muestra que las mujeres multigrávidas inician tardíamente sus controles prenatales (37). Se ha propuesto que las multigrávidas retrasan ANC iniciación debido a la confianza que tienden a desarrollarse a partir de la experiencia acumulada de embarazos anteriores y que a veces creen que la atención sanitaria moderna hace poco o ningún cambio (38,39).

Es importante señalar que en este estudio se presentan una serie de limitaciones de diseño; el tamaño de muestra utilizado, que se puede evidenciar en la amplitud de los errores estándar y de los intervalos de confianza, por lo que probablemente no

se pudo establecer relaciones estadísticamente significativas con algunas variables. En segundo lugar, la falta de categorías validadas que permitieran conocer los servicios recibidos durante la AP, que si bien fueron preguntadas durante la encuesta, no permiten obtener información sobre su calidad.

Las fortalezas de este trabajo recaen en que la ENSANUT 2012, está diseñada a partir de un muestreo probabilístico o aleatorio en el que se conoce la probabilidad que tiene cada persona de la población de ser incluido en la muestra. Asimismo, el indicador de AP que se empleó en el estudio, permite adecuar el análisis de utilización de la AP bajo los criterios de la normativa nacional. Si bien este estudio es generalizable para el Estado de San Luis Potosí, refleja condiciones socioeconómicas que se encuentran presentes en otros estados de la república, por lo que sería de utilidad realizar más estudios a futuro que identifiquen estas disparidades en salud a Nivel nacional.

A partir de este estudio, se pudo encontrar que algunos de los determinantes se encuentran relacionados con la utilización de la AP, ligadas a la manera desigual en que las mujeres potosinas acceden a servicios de salud sexual y reproductiva (40). Las barreras en los derechos sexuales y reproductivos, son un reflejo de las inequidades persistentes en los derechos humanos de la población; las deficiencias en la utilización/acceso y calidad de los servicios son aspectos, que se deben tomar en cuenta en la agenda gubernamental de países como el nuestro, en el contexto de las metas post-2015 (14).

Es necesario considerar, para futuras investigaciones, la participación masculina en los procesos reproductivos como lo es la gestación, así como de las barreras que impiden a mujeres adolescentes acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva para evitar ITS, embarazos y complicaciones obstétricas (14,41).

Referencias

- Austveg B. Perpetuating power: some reasons why reproductive health has stalled. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 Sep 2];19(38):26–34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118139>
- Glasier A, Gülmezoglu a. M, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. 2006;368:1595–607.
- Fife JC. Antenatal care. *Br Med J*. 2010;2(4568):227.
- García M, Lozano M, Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes [Internet]. *Codajic.Org*. 2013. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa de Indicadores para medir la Desigualdad en Salud y sus Determinantes.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa%20de%20Indicadores%20para%20medir%20la%20Desigualdad%20en%20Salud%20y%20sus%20Determinantes.pdf)
- Blank A, Prytherch H, Kaltschmidt J, Krings A, Sukums F, Mensah N, et al. “Quality of prenatal and maternal care: bridging the know-do gap” (QUALMAT study): an electronic clinical decision support system for rural Sub-Saharan Africa. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2013 Jan;13:44. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=363708&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Nelissen EJT, Mduma E, Ersdal HL, Evjen-Olsen B, van Roosmalen JJM, Stekelenburg J. Maternal near miss and mortality in a rural referral hospital in northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2013;13(1):141. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=371690&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Worku AG, Yalew AW, Afework MF. Factors affecting utilization of skilled maternal care in Northwest Ethiopia: a multilevel analysis. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2013 Jan;13:20. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=363903&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Garza Elizondo ME, Rodríguez Casas MS, Villarreal Ríos E, Salinas Martínez AM, Núñez Rocha GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. MSSSI; [cited 2015 Jun 22];77(2):267–74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000200009&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
- Camposortega S. Cien años de mortalidad en México. *Demos*. 1997;10:11–3.
- Jusidman C. Desigualdad y política social en México. *Nueva Soc* [Internet]. 2009;191–206. Disponible en: www.nuso.org
- Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zúñiga P, Walker D, Suárez-López L, Luna-Gordillo R, et al. Cobertura de atención del parto en México. su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Publica Mex*. 2013;55:214–24.
- Consejo Nacional de Población. Índices de Marginación por entidad federativa y municipio [Internet]. 2010.
- Villagómez-Ornelas P, Valencia-Rodríguez JA, Mendoza-Victorino D. *Perfiles de Salud Reproductiva: San Luis Potosí*. 2012.
- Germain A. Reproductive health and human rights. *Lancet*. 2004;363:65–6.
- Ensanut. *Ensanut 2012*. 2012. p. 200.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. *Diario Oficial de la Federación*. 1995;1–25.
- Oms. PROMOCIÓN DEL DESARROLLO FETAL ÓPTIMO Informe de una reunión consultativa técnica. 2003;1–59. Disponible en: papers2://publication/uuid/EED33E43-B7FF-457D-AA6B-113D186D4173
- Lawson GW, Keirse MJNC. Reflections on the maternal mortality millennium goal. *Birth* [Internet]. 2013 Jun;40(2):96–102. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24635463>

19. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2012. Nueva York; 2012.
20. Unidas N, Cairo E. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. 1994. 194 p. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf
21. Galdos Silva S. [The Cairo Conference and the assertion of sexual and reproductive rights as a basis for sexual and reproductive health]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2013 Jul [cited 2014 Sep 17];30(3):455–60. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24100822>
22. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics* [Internet]. 2012 May [cited 2015 Jun 22];129(5):e1228–37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22529278>
23. Joshi C, Torvaldsen S, Hodgson R, Hayen A. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 2014 Jan [cited 2014 Jul 11];14(1):94. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3943993&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. Bbaale E. Factors influencing timing and frequency of antenatal care in Uganda. *Australas Med J* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Jun 11];4(8):431–8. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3562883&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
25. Lim MSC, Zhang X-D, Kennedy E, Li Y, Yang Y, Li L, et al. Sexual and Reproductive Health Knowledge, Contraception Uptake, and Factors Associated with Unmet Need for Modern Contraception among Adolescent Female Sex Workers in China. *PLoS One* [Internet]. 2015;10:e0115435. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0115435>
26. Koshar JH, Lee KA, Goss G, Heilemann MS, Stinson J. The Hispanic teen mother's origin of birth, use of prenatal care, and maternal and neonatal complications. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 1998 Jun [cited 2015 Jun 22];13(3):151–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9640008>
27. De Castro F. Embarazo adolescente en México. *Blog Prim pasos la Div Protección Soc y Salud del BID*. 2014;
28. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. las evidencias. Ginebra, Suiza; 2012.
29. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en Adolescentes: Un problema culturalmente complejo [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
30. Afulani PA. Rural/urban and socioeconomic differentials in quality of antenatal care in Ghana. *PLoS One* [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 May 25];10(2):e0117996. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4335004&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. [Adjustment of the Andersen's model to the Mexican context: access to prenatal care]. *Salud Publica Mex* [Internet]. Jan [cited 2015 Jun 17];48(5):418–29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063825>
32. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Soc Sci Med* [Internet]. 2000 Aug [cited 2015 Jun 11];51(4):551–61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10868670>
33. Szasz I. Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre sexualidad en México. *COLMEX*; 2008.
34. Szasz I, Rodriguez G. *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México*. México.; 2009.
35. Singh D, Lample M, Earnest J. The involvement of men in maternal health care: cross-sectional, pilot case studies from Maligita and Kibibi, Uganda. *Reprod Health* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 Jun 11];11:68. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4167520&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Dudgeon MR, Inhorn MC. Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004 Oct [cited 2015 May 4];59(7):1379–95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15246168>
37. Exavery A, Kanté AM, Hingora A, Mbaruku G, Pemba S, Phillips JF. How mistimed and unwanted pregnancies affect timing of antenatal care initiation in three districts in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Jul 9];13:35. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3574825&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
38. Regassa N. Antenatal and postnatal care service utilization in southern Ethiopia: a population-based study. *Afr Health Sci* [Internet]. 2011 Sep [cited 2015 Jun 24];11(3):390–7. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3260999&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Gross K, Armstrong Schellenberg J, Kessy F, Pfeiffer C, Obrist B. Antenatal care in practice: an exploratory study in antenatal care clinics in the Kilombero Valley, south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Jul 10];11:36. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3123249&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
40. Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Rev CONAMED*. 2012;17(ISSN 1405-6704).
41. Fathalla MF, Sinding SW, Rosenfield A, Fathalla MMF. Sexual and reproductive health for all: a call for action. *Lancet*. 2006;368:2095–100.