

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

TESIS
COBERTURA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL
EN MUJERES DE GUATEMALA 2002-2015

PRESENTA

Sonia Quezada Bolaños

Generación 2012

Tesis para obtener el título de

Doctor en Salud Pública

Director de tesis

Dr. René Leyva Flores

Asesora de tesis

Dra. María Cecilia González Robledo

Cuernavaca, Morelos, México, 11 de octubre, 2016

I. INTRODUCCIÓN

Contexto social y económico de Guatemala

Guatemala es un país ubicado en el istmo Centroamericano que cuenta con un territorio de 108.889 Km², dividido geopolíticamente en 22 departamentos con una población estimada de 15,073,375 habitantes según proyecciones del INE en 2012, de los cuales el 51% son mujeres y habitan predominantemente en el área rural (51%), es una población predominantemente joven con una media de edad de 17 años. (INE, 2013). A diferencia de otros países la población indígena no representa una minoría ya que el 40% de la población se identifica como indígena; predominantemente mayas que se dividen en 22 comunidades lingüísticas.

El ritmo de crecimiento de la población se mantiene constante, principalmente por la tasa global de fecundidad que es una de las más altas de la región (3.1 hijos por mujer); aunque por otro lado su esperanza de vida al nacer es menor a la media de Centroamérica (70.8 años) (INE, 2013). El promedio de años de educación es de 5 años en comparación con el promedio centroamericano de 7.1 años, siendo peor la situación para la población indígena que solo alcanza los 4 años.

A nivel económico Guatemala está clasificado como un país de ingresos medios, sin embargo la desigualdad es elevada, independientemente del indicador que se utilice. El decil más pobre recibe solo el 1.0% del ingreso nacional, mientras que el decil más rico abarca el 47.4%. El coeficiente de Gini llega a 0.59. Guatemala tiene uno de los niveles de desigualdad más elevados de Latinoamérica y el Caribe y es sabido que esta región tiene los niveles de desigualdad mayores del mundo. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2010)

El nivel de pobreza del país de acuerdo a la última Encuesta de Condiciones de Vida de 2014 fue de 59.3%, lo que representa un incremento del 5.6% en relación al 2011. Y el nivel de pobreza extrema se incrementó a 23.4% más alta incluso que lo observado en el año 2000 que era de 15.7%. (INE, 2015). Los niveles de pobreza son mayores para las poblaciones indígenas en donde el porcentaje de pobreza total alcanza hasta 79.2% en comparación con 46.6% de la población no indígena.

En el ámbito político, Guatemala tiene un sistema de gobierno republicano, democrático y representativo, sin embargo su tránsito democrático pasó por periodos dictatoriales y uno de los conflictos armados de los más largos y sangrientos de América Latina, se estima que más del 2% de la población fueron asesinadas o desaparecidas, más de un millón fueron desplazadas, y aproximadamente 600 aldeas y localidades fueron destruidas completamente; (Banco Mundial , 2013) lo cual explicaría en buena medida el legado de conflicto y exclusión que perdura hasta ahora, donde más de la mitad de la población se encuentra bajo de la línea de la pobreza y las mediciones de desigualdad son mayores que el promedio de la región.

La firma de los Acuerdos de Paz en 1996, puso fin al conflicto armado y orientó los cambios que requería el país para su desarrollo, sin embargo hasta ahora el cumplimiento de los mismos ha sido limitado, y las condiciones que originaron el conflicto social se siguen manteniendo.

El fenómeno de la violencia delictiva ha sido especialmente intenso, y con tendencias crecientes; llegando a una situación en que la violencia y la inseguridad ponen en riesgo la consolidación de la gobernabilidad. (PNUD, 2006). La tasa de homicidios para 1996 era de 40 por 100,000 habitantes, y para 2012 de 34.2, (INE, 2013) siendo todavía de las más altas tomando en cuenta que al país ya no se encuentra en conflicto armado. Este fenómeno no únicamente se debe al crimen y la violencia provocada por la desigualdad persistente y falta de oportunidades, sino también por fuentes externas de tensión como el narcotráfico. (Banco Mundial , 2013)

Gasto social del PIB

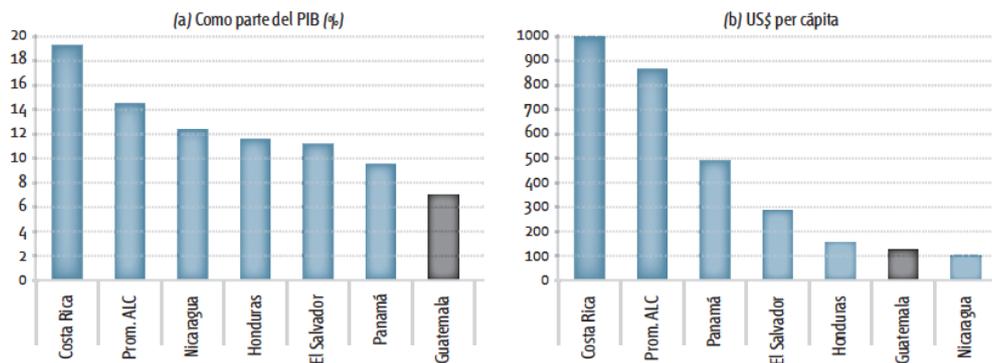
Después de década y media transcurrida de los acuerdos de Paz, tanto los ingresos tributarios como los gastos se han aumentado, aunque no al paso previsto en los acuerdos; la proporción de la carga tributaria sobre el PIB de Guatemala pasó de 8.8 % a 11 % en 2011, por debajo del promedio de América Central (13.3%) y mucho menor que el promedio de América Latina (19.2%). (Banco Mundial , 2013)

Este incremento fue acompañado por una expansión del gasto para cumplir con los compromisos de los Acuerdos de Paz; el gasto total del gobierno central se

incrementó de 10.3% a 14.6% durante el mismo periodo, del cual los sectores sociales representaron una proporción significativa. Sin embargo, medido en relación al tamaño de su economía, Guatemala tiene los niveles de gasto social más bajos de Centro América. (Figura 1)

Figura 1

Gasto Social en Centro América

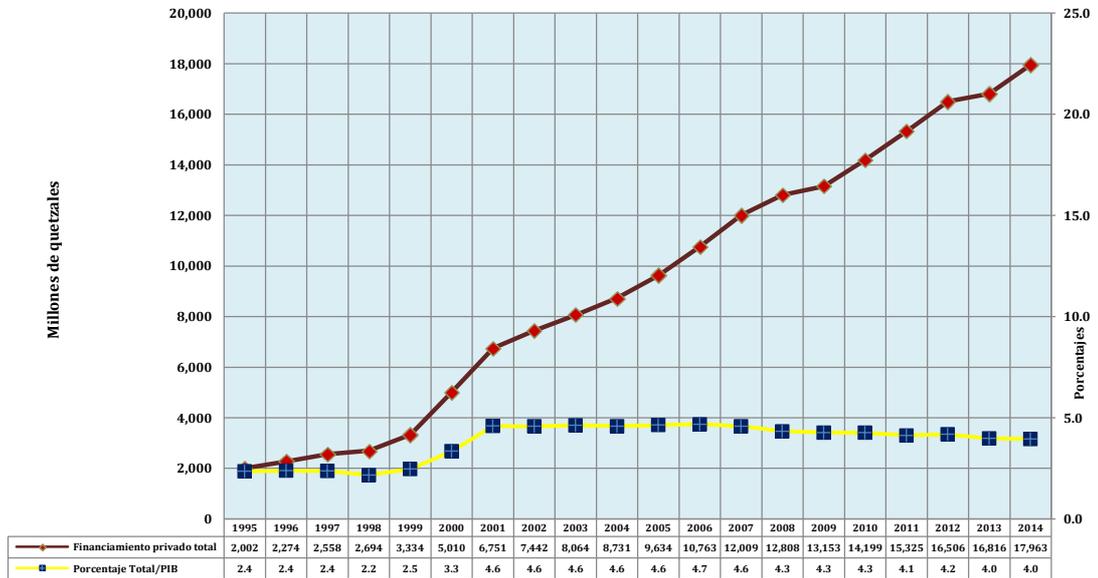


Nota: La información mostrada es para el año más reciente disponible.
Fuente: CEPAL (Banco Mundial, 2013)

En relación al Sector Salud, Guatemala tiene el gasto público de los más bajos a nivel regional (1.6% del PIB en 2010) y menos que el promedio para países de ingreso medio en todo el mundo. Como resultado, la proporción del gasto público en el total del gasto en salud es la más baja: 35 % en Guatemala comparado con un 50% de América Central. (Banco Mundial , 2013).

Mientras el gasto social de salud se ha mantenido alrededor del 2% del PIB, el gasto privado en salud se duplicó a partir del año 2001, (4.6% del PIB) en relación al gasto que se tenía tras la firma de los acuerdos de paz. (Figura 2)

Figura 2
Evolución del financiamiento privado en salud. Guatemala 1995-2014.
(Millones de Quetzales y % PIB)



Fuente: Cuentas Nacionales en Salud Guatemala 2015

Este gasto privado en salud está a expensas principalmente del gasto de bolsillo que representa entre el 80 y 85% del total y el resto a gasto de seguros privados o de empresas.

Organización del Sistema de Salud

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual formalmente brinda atención a 70% de la población. (OPS/OMS, 2012). En segundo lugar está el Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS) que ofrece cobertura al 17.45% de la población vinculada con el empleo formal. (Instituto Guatemalteco del Seguro Social, 2008) Finalmente la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos del 0.5% de la población. (Becerril-MontekioV, 2011)

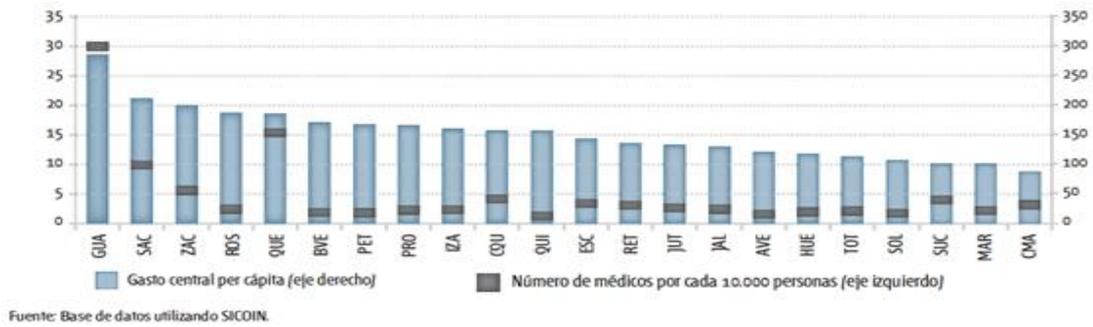
El 12% de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector participan organizaciones civiles y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un limitado sector de seguros privados de salud. (OPS/OMS, 2011)

La provisión de servicios del Ministerio de Salud Pública se lleva a cabo mediante tres niveles de atención de distinta complejidad. El primer nivel está compuesto por servicios institucionales (puestos de salud y centros de atención primaria). Los servicios prestados en el primer nivel por el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) consisten en una canasta básica de 26 servicios, de los que ocho se destinan a la atención de la mujer, ocho a los niños y niñas, seis a urgencia y enfermedades prevalentes y cuatro al medio ambiente. El segundo nivel de atención presta servicios en los centros de salud y centros de atención integral materno -infantil. El tercer nivel lo constituyen los hospitales distritales, departamentales, regionales y de referencia nacional. En 2013, la red de servicios estaba conformada por 44 hospitales, 329 centros de salud, 1158 puestos de salud, y 2,220 centros de convergencia. (MSPAS Guatemala, 2015)

En un análisis de eficiencia del sector Salud, el Banco Mundial de 2013 reporta que existe una concentración significativa del gasto en salud en el Departamento de Guatemala (capital del país). Este recibió casi el doble de la cantidad promedio por departamento, representando el 36.6% del total en el periodo de 2008-2009. Por su parte, los departamentos del suroccidente tienen el menor gasto per cápita. (Figura 3)

La distribución de los trabajadores de la salud también se encuentra concentrada en la capital del país con 30 médicos por cada 10,000 personas, mientras que el promedio nacional es de 4.7. El mismo fenómeno se da en relación al personal de enfermería observándose que el departamento de Guatemala dispone de 20 enfermeras por 100,000 personas, mientras que el promedio nacional es de 7.7. (Banco Mundial , 2013)

Figura 3
Guatemala: Gasto público percápita en salud y médicos por habitantes.



Bajo este contexto político social, las condiciones de salud se expresan en los siguientes indicadores: La niñez en Guatemala se encuentra afectada por un problema de desnutrición crónica de los más graves a nivel mundial con un 49%, agudizándose este problema en aquellos niños con condiciones de mayor vulnerabilidad; indígenas (69.5%), que viven en zona rural (55.5%) y con madres sin educación (65.6%). (PNUD, UNICEF, 2007). La mortalidad infantil en Guatemala es de las más altas a nivel de Centroamérica, en 2006 la tasa de mortalidad infantil era de 39 por 1,000 nacidos vivos (MSPAS, 2010); pero en 2010 descendió a 34 por 1,000. Entre las principales causas de muerte se encuentra la neumonía con un 34.4% y las diarreas con un 18.4%. (OPS/OMS, 2012).

La mortalidad materna en Guatemala (139.7 por 100 000 nv en 2007) es la tercera más alta en la región, solo superada por Haití y Bolivia; no obstante, y la tendencia al descenso es inferior a la de estos países. La distribución de la mortalidad no es homogénea y se concentra en las poblaciones indígenas en donde la mortalidad es más del doble que la población no indígena; 163 contra 77.7 por 100 000 nacidos vivos. (SEGEPLAN, MSPAS, 2011).

Salud Sexual y reproductiva

El Estado de Guatemala, como la mayoría de los países de la región reconoce explícitamente el Derecho a la Salud de los ciudadanos; en la Constitución Política de la República de 1985 se declara que la salud es un derecho humano y que es responsabilidad del Estado velar por la salud de todos los habitantes de la

República, desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad. (Estado de Guatemala , 1993).

El país a lo largo de su historia reciente ha focalizado sus acciones en los problemas de la salud sexual y reproductiva en torno a la cual se han aprobado una serie de leyes como la Ley del programa nacional de salud reproductiva dirigida a reducir la mortalidad materna e infantil, la Ley de acceso universal y equitativo a servicios de planificación familiar y la Ley de maternidad saludable.

El objetivo de la **Ley de Maternidad Saludable** es mejorar la calidad de vida de las mujeres y el recién nacido y promover el desarrollo humano a través del acceso universal, oportuno y gratuito a información pertinente, veraz y completa. Asimismo se ofrecen servicios de salud antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna. (Congreso de la República de Guatemala, 2010). Entre los principios rectores se encuentran la gratuidad, accesibilidad, equidad, respeto a la interculturalidad y sostenibilidad.

A través de esta ley se obliga a los proveedores de servicios públicos y privados a brindar atención de acuerdo con los estándares técnicos basados en la evidencia científica con énfasis en la cantidad de controles del embarazo, vigilancia nutricional de la mujer y signos y síntomas de peligro en el embarazo. Dichos estándares también aplican para el manejo y referencia a niveles de mayor complejidad, disponibilidad y entrega de medicamentos, acceso a servicios de laboratorio clínico, consejería en planificación familiar, consejería pre y post en la realización de la prueba de VIH, atención integral y diferenciada para niñas y adolescentes embarazadas. Para esto se toma en cuenta su edad, etnia, escolaridad, ubicación geográfica y situación económica. Bajo esta ley se establece que las mujeres serán atendidas en su idioma materno.

El otro eje legal de la salud sexual y reproductiva es la **Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva**, el cual tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la

dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales. (Congreso de la República de Guatemala, 2005).

En el plano operativo el país cuenta con un plan de acción para la reducción de la mortalidad materna e infantil de 2010 a 2015 (MSPAS, 2010). Como parte de éste, se han desarrollado normas de atención integral para el periodo reproductivo, las cuales solo son obligatorias para el personal del MSPAS, dado que no cuenta con el soporte legal para ser mandatorios para el sector privado y seguridad social.

La calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que reciben las mujeres a lo largo del territorio nacional no es estandarizada, depende del tipo de aseguramiento del que se dispone, y del tipo de proveedor de salud que corresponde. Para el caso de la mayor parte de la población rural, la atención se brinda ya sea por una auxiliar de salud en los servicios institucionales, o por “comadronas” tradicionales en los no institucionales.

De acuerdo con el Estudio Nacional de Mortalidad Materna, 2007, el perfil de la mujer guatemalteca mayormente afectada es la mujer indígena (70%), con escasa educación (46% analfabetas); multíparas (56%), generalmente el sitio de ocurrencia de la muerte fue el hogar (46%) y hospitalaria (43%).

En relación al acceso a la salud reproductiva, según la ENSMI, 2008/2009 el principal proveedor de métodos modernos de anticoncepción es del sector público (57.9%) seguido del privado (40.2%) que cuenta con una gama amplia de servicios; a él acuden principalmente mujeres con nivel educativo de secundaria a superior.

El uso de métodos anticonceptivos tradicionales representa 10.1% mientras que para los modernos la cifra es de 44%. Existe una marcada diferencia en cuanto a las tendencias en la preferencia de los métodos anticonceptivos. En el área urbana, las mujeres tienden a usar la esterilización femenina (25.6), mientras que, en el área rural emplean principalmente el método de inyección (15.5%); situación que puede estar relacionada con la oferta de servicios. (SEGEPLAN , 2010)

Atención prenatal

La fuente de información oficial del Gobierno de Guatemala para reportar la cobertura de atención prenatal es la Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil

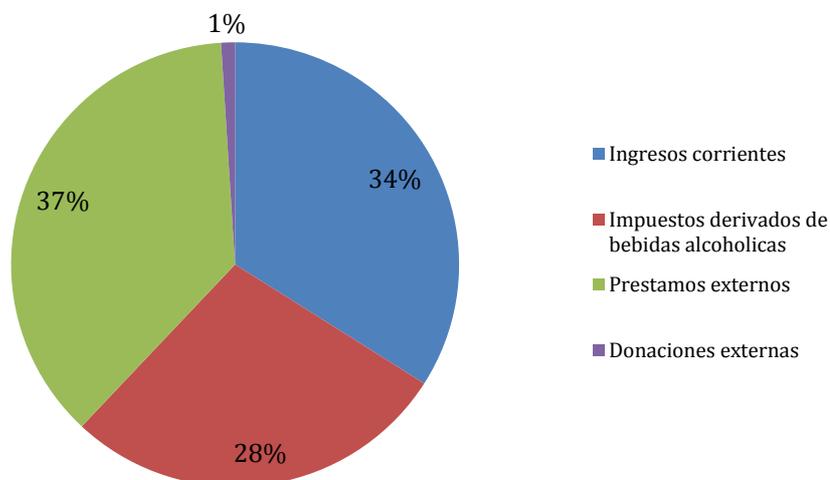
(ENSMI). La definición oficial del Gobierno de Guatemala de cobertura de control prenatal considera que una mujer ha tenido cobertura de control prenatal si por lo menos ha tenido una consulta médica durante alguno de los tres trimestres del embarazo. Según esta definición oficial 84.3% para el año 2002 y de 93.2% para el 2009, tuvieron cobertura de servicios de salud prenatal. (SEGEPLAN , 2010)

En el análisis de la proporción de partos con asistencia de personal médico y de enfermería, se observa que el avance de 2002 a 2009 ha sido más significativo en el área urbana con un incremento de 11.4 puntos porcentuales, logrando la atención de partos en el 77% de los casos; para el área rural el aumento en este mismo periodo de tiempo fue de 7%, sin embargo, esta extensión sigue siendo menor que la que se identifica en el área urbana. En este caso, solo el 36.5% de los partos fue atendido por personal médico y de enfermería. Dicha situación se debe principalmente a que los centros de atención con personal calificado se concentran en el área urbana. Por otro lado, la proporción de partos atendidos en casa de la mujer embarazada o comadrona es de 63% en el área rural y el 23% en la urbana. (MSPAS, 2010).

En relación al financiamiento del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, es de importancia señalar que en el ejercicio fiscal 2012, se tomó la decisión a nivel del ejecutivo que el Ministerio de Salud llevara a cabo la planificación, gestión y presupuestación basada en resultados. Como producto de este nuevo esquema organizativo gubernamental se incluyó entre los programas prioritarios al Prevención de muerte materna y neonatal.

Para el año 2012 (Figura 4), el presupuesto para el Programa de Salud Reproductiva representó el 3.4% del presupuesto institucional y se integró por cuatro fuentes principales de financiamiento: ingresos corrientes, impuestos derivados de bebidas alcohólicas, préstamos externos y donaciones externas, con un total de Q 146,319,700 (equivalente a \$ 19,151,793 dólares corrientes) (OSAR, 2012)

Figura 4
Distribución del proyecto de presupuesto del Programa de Salud Reproductiva por fuente de financiamiento para el año 2012.



Fuente: OSAR, Estudio de Financiamiento de Salud Reproductiva 2012

De tal forma que las principales fuentes de financiamiento para las acciones de este programa que contempla las acciones de prevención y promoción así como planificación familiar, dependen de los ingresos corrientes y préstamos externos. Del total de este presupuesto, el destinado a la atención prenatal representa el 11% del presupuesto con un total de Q 17,000,000 (equivalente a \$2,225,130 dólares corrientes) (OSAR, 2012). Haciendo una estimación por el porcentaje de nacimientos que atendería el Ministerio de Salud por cobertura y que correspondería a 271,908 nacimiento en 2012 (70% del total de nacimientos) (INE, 2013) el presupuesto estimado por mujer embarazada para atención prenatal sería de aproximadamente Q 62.50 (equivalente a \$8.18 dólares corrientes).

De acuerdo al tercer informe de avances de las metas del milenio el único indicador que tiene una tendencia a no alcanzar la meta del 2015 es el indicador de razón de mortalidad materna.

Los indicadores relacionados con partos atendidos con asistencia de personal médico o enfermera, y la cobertura de atención prenatal se reportaron con evolución positiva del indicador, sin embargo en el análisis por región, área rural, urbana y condición de pobreza y etnicidad las diferencias en progreso son muy importantes, y no se identifican las estrategias del país para alcanzar los objetivos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: La inequidad social y la atención prenatal en Guatemala.

De acuerdo al último informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015, el progreso del indicador de atención prenatal establecido en cuatro o más consultas prenatales recibidas durante el embarazo ha tenido un avance muy lento a nivel mundial. En 2014, en promedio solo el 52% de las mujeres embarazadas en las regiones en desarrollo recibieron la cantidad recomendada de visitas prenatales, para el caso concreto de América Latina y el Caribe el incremento en este mismo periodo ha sido de 22%. (Naciones Unidas, 2015)

Sin embargo, llama la atención que en algunos países coexisten altas coberturas de atención prenatal, con altas tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil. (CEPAL, 2011)

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (PAÍSES SELECCIONADOS): NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL Y TASAS ESTIMADAS DE MORTALIDAD INFANTIL^a, PAÍSES CON UNA DHS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, 1998-2007

País y año	Mortalidad infantil (1q0)	Número de visitas de atención prenatal			
		0	1	2-3	4
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2003	53,6	21,4	4,9	15,8	57,9
Colombia, 2005	18,7	7,8	1,4	7,7	83,1
Guatemala, 1998/1999	45,1	14,7	3,0	14,7	67,6
Haití, 2005/2006	57,3	14,5	4,9	26,8	53,8
Honduras, 2005	23,4	8,2	2,0	9,0	80,8
Nicaragua, 2001	31,3	14,8	2,7	10,9	71,6
Perú, 2000	33,3	15,9	3,1	12,5	68,5
Rep. Dominicana, 2007	32,1	2,5	0,5	2,5	94,5

Fuente: Macro International Inc, MEASURE DHS STATcompiler, [en línea], <<http://www.measuredhs.com>>, consultado el 25 de febrero de 2009.

Nota: Las cifras del Perú provienen del informe final de la DHS y las del Brasil del informe final de la PNDS.

^a Basadas en los nacimientos durante los 5 años previos a la encuesta.

En Guatemala, los reportes oficiales no se adhieren a esta definición, y consideran como cobertura de atención prenatal el hecho de haber recibido al menos una consulta médica durante el embarazo; de acuerdo a ello, el avance ha sido importante: en 1995 la cobertura estimada era de 52.5% y para 2009 de 93.2%. Sin embargo el país se mantiene en los primeros lugares en razón de mortalidad materna que para el 2013 ocupó el 4to lugar a nivel de los países de la región, con una Razón de Mortalidad Materna de 113 por 100,000 nacidos vivos, (MSPAS, 2015) muy por arriba de la meta de los ODM que para el 2015 es de 55 por 100,000

nacidos vivos, y un avance muy escaso considerando que la línea basal de la meta en 1990 era de 160 por 100, 000 nacidos vivos. (SEGEPLAN , 2010)

Como sucede en la mayoría de los países de Latinoamérica, existe una marcada desigualdad económica y social asociada a la concentración de la mortalidad materna en las zonas con menores oportunidades de desarrollo y acceso a servicios de salud. De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Salud, para el año 2013 la diferencia entre los Departamentos con menor y mayor razón de mortalidad materna fue de 200 puntos (Huehuetenango 232 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos y El Progreso con 23 por 100,000 nacidos vivos). (MSPAS, 2015)

A pesar de que Guatemala es un país clasificado como de ingresos medios; sus niveles de pobreza en los últimos diez años se han mantenido por arriba del 50%, afectando principalmente a la población rural e indígena que para el país representa aproximadamente el 40%. El país se ha catalogado en el último informe del Banco Mundial como el Estado más pequeño a nivel mundial, es decir con una institucionalidad debilitada, que recauda la menor cantidad de ingresos públicos en el mundo en relación con el tamaño de su economía (Grupo del Banco Mundial , 2014).

En este contexto, puede explicarse que el sistema de salud se caracterice por una organización fragmentada, con una débil función rectora y escasa infraestructura, con resultados precarios en salud y con la asignación de gasto en salud más bajo de la región (alrededor del 2 % del PIB). El último proceso de reforma del sector salud que se impulsó en el país a principios de los años 90, tenía como principal fin extender la cobertura de servicios a través de la contratación de proveedores no gubernamentales brindando un paquete de servicios esenciales de salud que priorizaba la atención materno-infantil. Desde ese entonces a la fecha en el país no se han impulsado nuevos procesos de reforma para atender los retos esenciales del sistema de salud y la crisis del sistema en los últimos años se agudizado sustancialmente. Pese a que se ha optado por focalizar acciones en temas prioritarios como salud sexual y reproductiva, la asignación de recursos no ha tenido como objetivo la disminución de las desigualdades en salud, persistiendo una red de servicios con infraestructura deteriorada, insuficiente, que está sostenida principalmente por la provisión de servicios de auxiliares de enfermería, ya que el personal médico se concentra en el nivel hospitalario y zonas urbanas. Y sobre todo,

un sistema que es financiado por el gasto privado hasta en un 60%, que puede concentrarse en los grupos poblacionales más vulnerables.

En este contexto, el Estado a través del Ministerio de Salud de Guatemala no cuenta con las condiciones necesarias para garantizar el ejercicio del derecho a la salud reproductiva de las mujeres guatemaltecas; y el acceso a los servicios de salud dependen principalmente de la capacidad de pago de la población.

Por lo tanto con el nivel de pobreza total de la población que para el 2014 se incrementó a casi 60%, se esperaría que a lo largo de los últimos años la cobertura de servicios prenatales sea limitada; y que las inequidades en salud persistan en los últimos años, de tal forma que a mayor nivel de pobreza se tendrá menor acceso a los servicios de atención prenatal y exposición a gasto de bolsillo según condición económica.

De tal forma que el presente estudio pretende analizar ¿cuáles han sido los cambios en los niveles de cobertura de servicios de salud prenatal en relación a la condición socioeconómica, demográfica y de servicios de salud de las mujeres de Guatemala en el periodo 2002-2015, así como el gasto de bolsillo realizado para estos servicios?

III. OBJETIVOS

General: Analizar la cobertura de servicios de salud prenatal en el periodo 2002-2015 y su relación con los factores socioeconómicos, demográficos, y de servicios de salud en mujeres de 15 a 49 años de Guatemala, así como el gasto de bolsillo realizado para estos servicios.

Específicos:

- Analizar los cambios en la cobertura de servicios de atención prenatal y su relación con factores socioeconómicos, demográficos y de servicios de salud.
- Analizar el gasto de bolsillo de la población relacionado con el uso de servicios de atención prenatal, según condiciones socioeconómicas, demográficas y tipo de servicios de salud.

IV. MARCO CONCEPTUAL

La atención de la salud durante el embarazo es esencial para asegurar su evolución normal y saludable y para prevenir, descubrir o predecir posibles complicaciones durante el embarazo o en el momento del parto. La misma se ha reconocido como un elemento fundamental de los derechos reproductivos y de salud reproductiva. (ONU, 1995)

Para lograrlo, debe disponerse de personal de salud capacitado que provea atención de buena calidad y que cuente con el equipo adecuado con el que pueda identificar posibles complicaciones y que pueda prestar la atención necesaria o transferir el caso a otra institución. (ONU, 2014).

La Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de 4 consultas durante el embarazo bajo la supervisión de personal calificado, las cuales deberían de incluir un mínimo de intervenciones a intervalos regulares que deberían de dar inicio lo más temprano posible desde el primer trimestre. (WHO, 2007) De acuerdo a los estándares para los servicios maternos y neonatales, la OMS (WHO, 2007) recomienda que las principales intervenciones que deberían incluirse en las consultas prenatales son:

- Preventivas: Inmunizaciones (especialmente toxoide tetánico), estudios de laboratorio en búsqueda de condiciones o enfermedades como anemia, malaria, infecciones de transmisión sexual, infección por VIH, e identificar condiciones de salud mental y/o síntomas de stress o violencia doméstica.
- Reconocimiento y manejo de complicaciones relacionadas con el embarazo.
- Reconocimiento y tratamiento de enfermedades o condiciones subyacentes.
- Asesoría y apoyo a la mujer y su familia para su plan de parto y preparación en caso de emergencias.
- Educación y promoción de la salud de la mujer y su familia:
 - Para incrementar el conocimiento sobre las necesidades de la madre y el neonato, el autocuidado durante el embarazo, y el periodo postparto.

- Promover estilos de vida saludables, dieta saludable, salud en el hogar, prevención de lesiones, y promover la adherencia a tratamientos profilácticos como suplementación con hierro, o el uso de mosquiteros.
- Apoyo para reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo y del recién nacido.
- Promoción de planificación postparto y,
- Apoyo emocional y psicológico para la embarazada y su pareja donde se requiera para apoyo durante el parto.

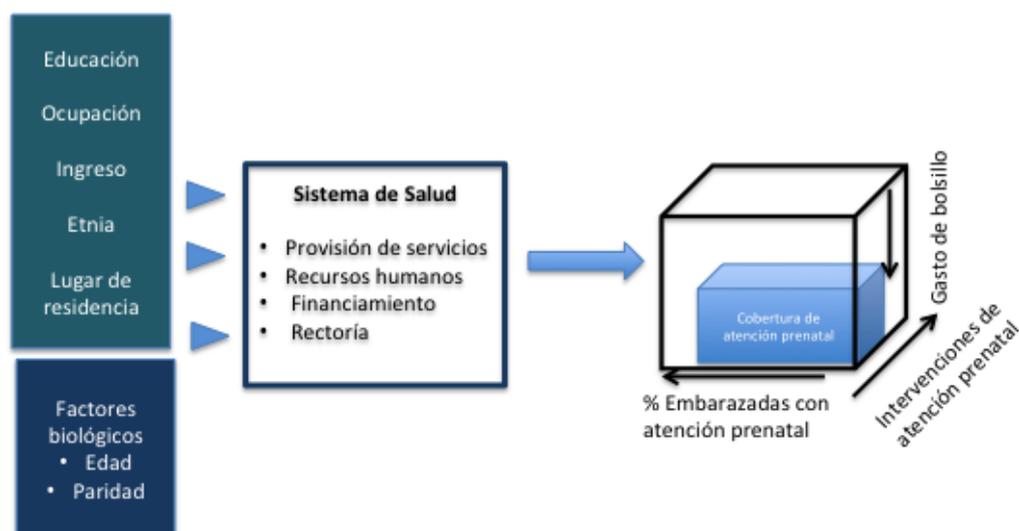
Si bien es cierto que cuando la atención prenatal es otorgada por personal médico calificado incluye una serie de intervenciones puede contribuir a mejorar la salud reproductiva (Adam T, 2005); sin embargo, la utilización de estas intervenciones son limitadas en los países en desarrollo en donde se presentan las mayores cargas de mortalidad materna. (WHO, UNICEF, UNFPA ,WB, 2014)

Se ha documentado que un conjunto de factores estructurales marca las diferencias en la utilización de servicios de atención prenatal, lo cual se expresa en importantes brechas entre mujeres ricas y pobres; mujeres que viven en el área rural y urbana en los países en desarrollo. (Magadi MA Z. E., 1993) (Ronsmans C, 2003). Adicionalmente, factores relacionados con el lugar de residencia y estatus socioeconómicos han dado cuenta de la variación en la utilización de los servicios de salud materna. Otros factores asociados incluyen la edad de la mujer (Nadhedh & Nosa, 1995) (Magadi MA A. A., 2007) la etnicidad (Gleid DA, 2000), la educación (Magadi MA Z. E., 1993) (Nadhedh & Nosa, 1995), y el poder para la toma de decisiones. (Li, 2004). Los costos (BN, 1994), la ubicación (Magadi MA Z. E., 1993) y la calidad de los servicios de salud también son importantes (Duong D, 2004).

Con el fin de contar con un marco conceptual para el análisis del presente estudio, se ha considerado el marco de determinantes sociales en salud, donde las condiciones estructurales (socioeconómicas, culturales, demográficas) definen las condiciones en que se tiene acceso y utilizan los servicios de salud disponibles (OMS , 2009) los relacionados con la atención prenatal, en este caso (Figura 5). Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, aquellas diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS , 2009).

Figura 5

Marco conceptual para el análisis de la cobertura de servicios de atención prenatal y los factores sociodemográficos, y del sistema de salud.



Medición de los progresos hacia la cobertura universal en tres dimensiones.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2010) y Busses, Schreyögg & Gericke (2010). Elaboración propia.

Para el análisis de la cobertura de servicios de salud se toma como referencia el concepto de las dimensiones de la Cobertura Sanitaria Universal de salud que se presentó en el Informe sobre la salud del mundo 2010 de la OMS: los servicios de salud que se necesitan, el número de personas que los necesitan y los costos para quienquiera que deba pagar – usuarios y terceras partes financiadoras. Siendo que el objetivo final es garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesitan sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento. (OMS, 2010)

En este marco se considera de suma importancia la protección contra los riesgos económicos, en un régimen de cobertura universal de salud la población no debiera efectuar ningún pago que excediera un umbral de disponibilidad de recursos y para las personas más desfavorecidas deberían estar exentas. La finalidad de la cobertura universal es que cada uno obtenga los servicios que necesita a un costo asequible para sí mismo y para la nación en su conjunto. (OMS, 2013).

Para el presente estudio se considera incluir la cobertura de los servicios de prevención durante el embarazo, que estarían enmarcadas en las atenciones prenatales que debe de recibir la mujer durante el embarazo, que de acuerdo al

modelo de la OMS se compone por el porcentaje de mujeres que durante el embarazo tuvieron acceso a consultas prenatales y recibieron las intervenciones de salud recomendadas (WHO, 2002).

V. MÉTODO

Fuentes de información.

Se trata de un análisis comparativo que utiliza información recolectada por las Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 2002, 2008-2009, de naturaleza probabilística, representativas a nivel nacional, regional y departamental y en el caso de la ENSMI 2008-2009 con representatividad urbano/rural. En este análisis no se incluyó la ENSMIS 2014-2015, como estaba planteado originalmente en el protocolo, debido a que las bases de datos aún no se encuentran disponibles, al momento de elaborar este análisis. Tampoco se incluyó información sobre gasto en el año 2002 ya que esta no fue recolectada. A continuación se presentan las características de las ENSMI 2002 y 2008/2009.

Cuadro comparativo metodológico ENSMI 2002 y 2008/2009

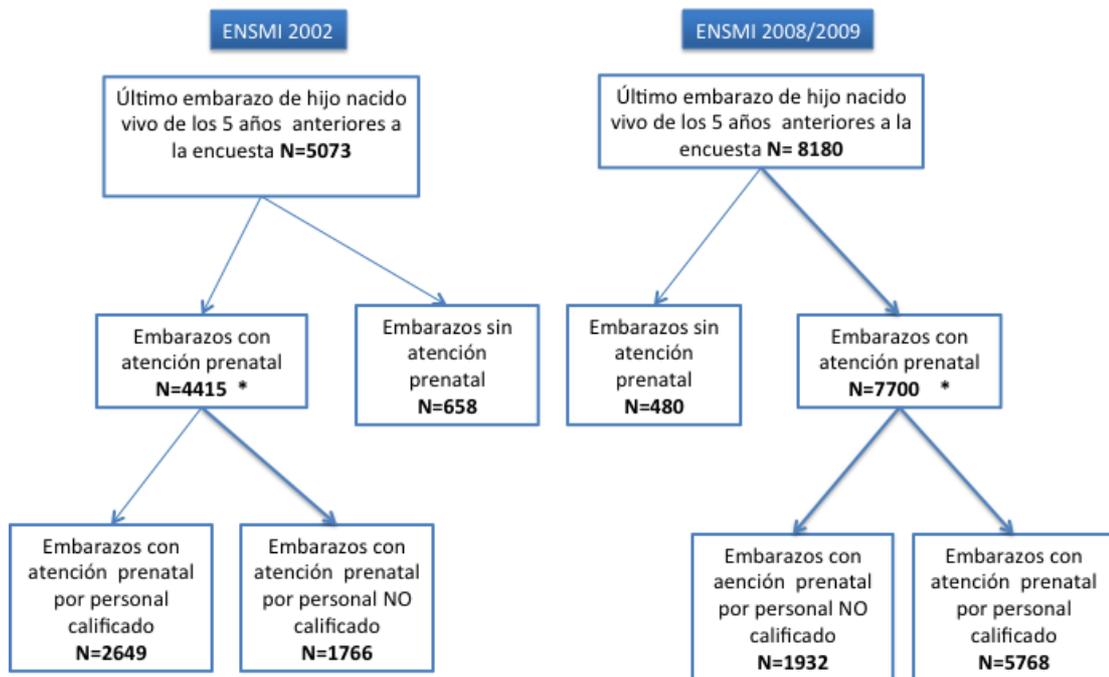
Aspecto	Año	
	2002	2008/2009
Marco muestral	Marco muestral con censo población 1994	Muestra maestra con censo población 2002
Primera etapa de selección de la muestra	Submuestra de 376 segmentos censales (Unidades Primarias de Muestreo) UPM	Selección aleatoria de 733 sectores cartográficos
Segunda etapa de selección de la muestra	Selección de viviendas de forma aleatoria	Selección de viviendas de forma aleatoria
Tercera etapa de la selección de muestra	Selección de una mujer en edad fértil por vivienda	Selección de una mujer en edad fértil por vivienda
Representatividad	Nacional, regional y departamental	Nacional, regional, departamental y urbano/rural

En este trabajo se analizaron las secciones de hogar que contiene la información sobre las características sociodemográficas, y la sección de embarazo, lactancia, para obtener la información sobre las variables de atención prenatal y costos de la atención prenatal.

La muestra analítica estuvo constituida por 13,253 mujeres que reportaron un último embarazo del último nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta. (Figura 6)

Figura 6

Definición de la muestra de análisis. Cobertura de atención prenatal durante el embarazo. Guatemala, ENSMI 2002, y ENSMI 2008/2009.



*Mujeres con atención prenatal: se incluyó a las que tuvieron por los menos una atención por personal calificado o no calificado.

Estrategia de análisis.

Se llevó a cabo un análisis de diferencias de proporciones de las variables relacionadas con atención prenatal, así como la diferencia de medias de un índice de cobertura construido para fines de este estudio y las medias de gasto de bolsillo

Análisis de factores sociodemográficos y cobertura de atención prenatal.

En la primera fase se realizó un análisis exploratorio de las variables sociodemográficas de interés: edad al momento del último embarazo, etnicidad (según autoidentificación como indígenas o ladinas), nivel de educación de acuerdo

al último nivel de estudios obtenido (ninguno, primaria, secundaria o superior) , lugar de residencia de acuerdo a departamento, (área urbana o rural), seguridad social si la mujer se encuentra afiliada al IGSS, y nivel socioeconómico (Quintiles de ingreso de acuerdo al índice de bienes y servicios (IBS) que se calculó en la ENSMI).

Cada una de estas variables se analizó de acuerdo a cuatro categorías de análisis según atención prenatal recibida.

- 1) Mujeres que no recibieron atención prenatal durante el embarazo del último hijo vivo en los últimos 5 años anteriores a la encuesta
- 2) Mujeres que recibieron atención prenatal durante el embarazo del último hijo vivo en los últimos 5 años anteriores a la encuesta.
- 3) Mujeres que recibieron atención prenatal con proveedor médico calificado (principalmente acudieron a clínica, hospital o consultorio) público, de la seguridad social o privado.
- 4) Mujeres que recibieron atención prenatal por personal no calificado (comadronas, terapeutas u otros)

Se calculó la cobertura de atención general y por tipo de proveedor: médico calificado y no calificado, de acuerdo a las características sociodemográficas con sus respectivos intervalos de confianza (IC:95%) y nivel de significancia estadística, al interior de las poblaciones de cada encuesta y sus diferencias en el tiempo entre cada grupo.

Finalmente para identificar los factores asociados a las inequidades de la cobertura de atención prenatal se definieron dos categorías de análisis tomando en cuenta el número de consultas prenatales recibidas durante el embarazo, dado que de acuerdo a la OMS, (WHO, 2007) se considera que una provisión efectiva de atención prenatal se logra con un mínimo de cuatro consultas durante el embarazo.

Las categorías consideraron dos extremos de la atención:

- 1) Sin atención prenatal: mujeres que no recibieron atención prenatal o que recibieron solo una consulta durante el embarazo del último hijo vivo en los últimos 5 años anteriores a la encuesta.
- 2) Con atención prenatal esperado: mujeres que recibieron 4 o más consultas

prenatal durante el embarazo del último hijo vivo en los últimos 5 años anteriores a la encuesta.

Por medio de una regresión logística multivariada se estimaron los OR entre los niveles de cobertura de atención prenatal con las variables de desigualdad; urbano/rural, Nivel socioeconómico I,II y III, así como cuestión de etnicidad, y tipo de proveedor; se consideraran diferencias significativas aquellas con un valor alfa de 95% ($p < 0.05$).

Coberturas de atención prenatal según dimensiones de cobertura universal.

Para estimar la cobertura de atención prenatal de acuerdo a las dimensiones de la cobertura universal (los servicios de salud que se necesitan, el número de personas que los necesitan y los costos), se seleccionaron a las mujeres que durante el embarazo de su último hijo vivo en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, acudió con personal calificado para su atención prenatal, que además su primera consulta la llevó a cabo en el primer trimestre del embarazo, que recibió el total de intervenciones durante su atención prenatal...

Índice de dimensiones de la cobertura de atención prenatal.

Se construyó un índice de las dimensiones de la cobertura de atención prenatal para contar con un estimador de resumen que diera cuenta de la distribución de las brechas en la cobertura según las variables socioeconómicas, demográficas y de servicios de salud.

Para fines de este estudio se ponderaron las variables de acuerdo a la siguiente propuesta:

VARIABLES	PONDERACIÓN
PRIMERA CONSULTA	
Consulta en el primer trimestre	0.6
Consulta en el segundo trimestre	0.3
Consulta en el tercer trimestre	0
TOXOIDE TETÁNICO	
2 o más dosis	0.1
1 dosis	0.05
Ninguna dosis	0
SUPLEMENTACIÓN	
Suplementación con hierro/ácido fólico	0.1
No suplementación	0
CONSULTAS PRENATALES	
4 o más consultas prenatales	0.2
2 a 3 consultas prenatales	0.1
1 consulta prenatal	0

Se asignó mayor peso a las variables de oportunidad de la atención (primera consulta en el primer trimestre de embarazo) y recibir 4 o más consultas, tomando en cuenta que cumpliéndose estas condiciones, las mujeres tendrían oportunidad de recibir un mayor número de intervenciones, dado el limitado número de variables que para el análisis de los componentes de la atención prenatal se encuentra en la ENSMI; a diferencia de índices similares en donde se tuvo acceso a mayor número de variables y la ponderación se mantuvo similar (Heredia-PI I, 2013) (Hodgins & A., 2014), (Beeckman K, 2011)

Para analizar las brechas en la cobertura de atención prenatal se calcularon las diferencias de medias del índice en los dos periodos de análisis, con el IC del 95% y significancia estadística. Y como se distribuyó por las variables socioeconómicas, demográficas y de servicios de salud.

Gasto de bolsillo por la atención prenatal.

Se analizó el pago por concepto de consulta prenatal y medicamentos durante el último embarazo consignados en Quetzales, se estimó la media del gasto general, y por nivel socioeconómico y por tipo de proveedor de la atención, de los datos de la ENSMI 2008/2009, dado que en la ENSMI 2002 esta variable no fue considerada.

VI. RESULTADOS

Características sociodemográficas

Las características generales de las mujeres embarazadas de 15 a 49 años que se incluyeron en la muestra de las encuestas 2002 y 2008/2009, se presentan en el cuadro I.

El promedio de edad de las mujeres en su último embarazo de los últimos cinco años fue de 28(DE±7.0) en ambas encuestas. La mayoría de las mujeres embarazadas en este periodo de análisis residían en localidades del área rural.

Cuadro I

Características sociodemográficas de mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta, Guatemala.

	Total de mujeres con embarazo			
	ENSMI 2002	ENSMI 2008/2009	IC 95 %	<i>p</i>
N	5073	8180		
%	100	100		
Urbanidad				
Urbano	27.4	39.4	10.3604 to 13.6248	< 0.0001
Rural	72.6	60.6	10.3604 to 13.6248	< 0.0001
Etnicidad				
Indígena	47.3	40.7	4.8499 to 8.3485	< 0.0001
no indígena	52.7	59.3	4.8499 to 8.3485	< 0.0001
Nivel Educativo				
Ninguno/preescolar	3.8	2.4	0.6438 to 2.2072	0.0001
alfabetización	0.4	1.3	0.5095 to 1.2666	< 0.0001
Primaria	74.9	66.8	6.1673 to 10.0068	< 0.0001
secundaria	18.8	25.2	4.6382 to 8.1321	< 0.0001
superior	2	4.3	1.5657 to 3.0033	< 0.0001
Nivel socioeconómico				
I (Bajo)	39	43.5	2.7661 to 6.2269	< 0.0001
II	41.2	34.4	5.0882 to 8.5131	< 0.0001
III	19.7	22.1	0.9649 to 3.8207	0.001

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

La proporción de mujeres indígenas en relación a las no indígenas fue similar en los dos periodos, observándose una disminución de las mujeres embarazadas indígenas en la ENMSI 2008/2009 de 47.3 % a 40.7 % (IC95%: 10.3-13.6).

En este periodo el nivel educativo de las mujeres embarazadas, se elevó a expensas principalmente de la educación secundaria que pasó de 18.8% a 22.5 % en 2008/2009 (IC95%:4.63-8.13), aunque la mayoría seguía con un nivel de educación primaria.

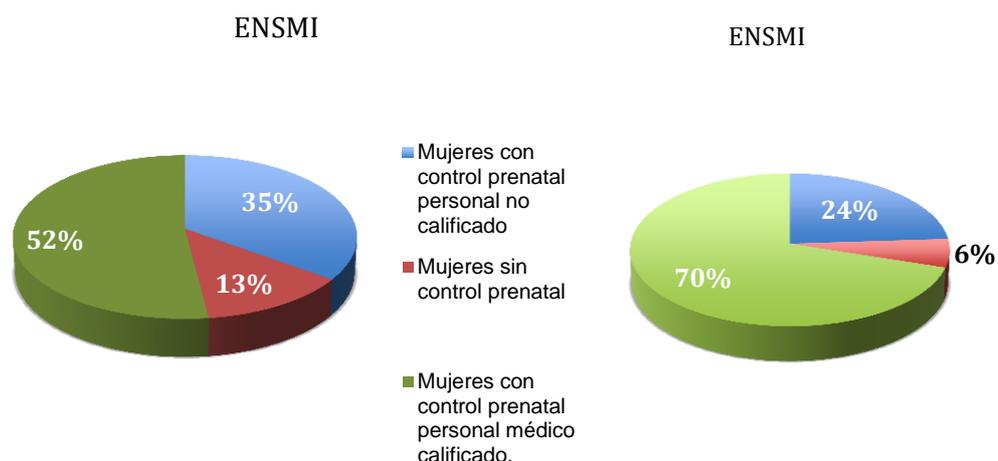
En relación al nivel socioeconómico, se observó que para 2008/2009 la mayoría las mujeres embarazadas se encontraban en el tercil más bajo.(43.5% en comparación con 39% en 2002 ,IC95%: 2.7-6.7)

Cobertura de atención prenatal y factores sociodemográficos

Al analizar la cobertura de atención prenatal se observa que para la ENSMI 2002 el 87% de la mujeres que tuvieron un embarazo en los cinco años previos a la encuesta tuvo acceso a la atención prenatal, pero solo el 52% de ellas acudió con personal médico calificado principalmente para su atención, observándose que este tipo de atención se incrementó hasta 70%, en la ENSMI 2008/2009, sin embargo llama la atención que todavía el 24% acudió principalmente para su atención con personal no calificado en su mayoría comadronas. (Figura 7)

Figura 7.

Cobertura de atención prenatal en mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta, Guatemala.



Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

En relación a las características sociodemográficas de las mujeres que durante su embarazo no tuvieron atención prenatal (Cuadro II) se destaca que en su mayoría residían en el área rural 75% para el 2008/2009 y que además tenían un menor nivel de educación, 90% nivel primario o menor en este mismo periodo en relación con el 69% de nivel primario o menos que tienen las mujeres que recibieron atención prenatal. Y en relación al nivel socioeconómico se destaca que el 66% de las mujeres que no tuvieron atención prenatal para este periodo, se clasificaron dentro del tercil más bajo en comparación del 42.1% de las mujeres que si recibieron atención prenatal.

Cuadro II

Características sociodemográficas de mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta según atención prenatal, Guatemala.

	Mujeres sin atención prenatal				Mujeres con atención prenatal			
	ENSMI 2002	ENSMI 2008/2009	IC 95 %	<i>p</i>	ENSMI 2002	ENSMI 2008/2009	IC 95 %	<i>p</i>
N	658	480			4415	7700		
%	13	6			87	94		
Urbanidad								
Urbano	16.9	24.2	2.4304 to 12.2468	0.0024	28.9	40.4	9.7500 to 13.2329	< 0.0001
Rural	83.1	75.8	2.4304 to 12.2468	0.0024	71.1	59.6	9.7500 to 13.2329	< 0.0001
Etnicidad								
Indígena	58.2	43.8	8.4092 to 20.2844	< 0.0001	45.7	40.5	3.3542 to 7.0461	< 0.0001
no indígena	41.8	56.3	8.4092 to 20.2844	< 0.0001	54.3	59.5	3.3542 to 7.0461	< 0.0001
Nivel Educativo								
Ninguno/preescolar	5.4	4.8	-3.3878 to 4.5188	0.7463	3.7	2.3	0.6255 to 2.2335	0.0002
alfabetización	0	2.2	0.3342 to 4.7375	0.0105	0.5	1.2	0.2803 to 1.0824	0.0016
primaria	88.1	84.1	-1.9377 to 10.0077	0.1687	73.6	66	5.5664 to 9.6054	< 0.0001
secundaria	6.4	8.5	-2.4767 to 6.8034	0.341	20	26	4.1353 to 7.8314	< 0.0001
superior	0	0.4	-0.9016 to 2.0915	0.2773	2.2	4.5	1.5110 to 3.0505	< 0.0001
Nivel socioeconómico								
I (Bajo)	55.5	66	4.6362 to 16.2487	0.0004	36.6	42.1	3.6836 to 7.3060	< 0.0001
II	37.5	27.1	4.7847 to 15.8829	0.0002	41.8	34.9	5.0856 to 8.7164	< 0.0001
III	7	6.9	-3.1185 to 3.1594	0.9478	21.6	23	-0.1567 to 2.9394	0.0757

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

En el siguiente nivel de análisis se identificaron las diferencias entre las mujeres que acudieron a atención prenatal principalmente con personal no calificado (comadronas, terapeutas tradicionales entre otro personal comunitario) y aquellas mujeres que acudieron con personal médico o de enfermería en unidades médicas.

Cuadro III

Características sociodemográficas de mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta según atención prenatal por tipo de proveedor del servicio, Guatemala.

	Mujeres con atención prenatal con personal no calificado				Mujeres con atención prenatal con personal médico calificado			
	ENSMI 2002	ENSMI 2008/2009	IC 95 %	p	ENSMI 2002	ENSMI 2008/2009	IC 95 %	p
N	1766	1932			2649	5768		
%	35	24			52	70		
Urbanidad								
Urbano	16.1	25.9	7.1534 to 12.4267	< 0.0001	37.4	45.2	5.5242 to 10.0556	< 0.0001
Rural	83.9	74.1	7.1534 to 12.4267	< 0.0001	62.6	54.8	5.5242 to 10.0556	< 0.0001
Etnicidad								
Indígena	61.0	59.9	-2.0936 to 4.2881	0.4945	35.6	34	-0.6063 to 3.8238	0.1516
no indígena	39.0	40.1	-2.0936 to 4.2881	0.4945	64.4	66	-0.6063 to 3.8238	0.1516
Nivel Educativo								
Ninguno/preescolar	6.2	4.7	-0.4804 to 3.5591	0.1248	2.5	1.7	0.0374 to 1.6620	0.0303
alfabetización	0.7	1.9	0.1700 to 2.2323	0.0173	0.4	1	0.1294 to 0.9988	0.0132
primaria	87.7	84.1	0.5705 to 6.5791	0.0178	66.8	61.4	2.8591 to 7.9071	< 0.0001
secundaria	5.1	9.2	1.8599 to 6.3058	0.0003	27.2	30.2	0.5933 to 5.3638	0.0139
superior	0.2	0.2	-0.5664 to 0.4854	1	3.2	5.6	1.3173 to 3.4087	< 0.0001
Nivel socioeconómico								
I (Bajo)	48.6	62.5	10.6720 to 17.0987	< 0.0001	28.6	35.3	4.5481 to 8.8219	< 0.0001
II	45.1	31.3	10.6424 to 16.9319	< 0.0001	39.6	36	1.3492 to 5.8621	0.0015
III	6.3	6.2	-1.4973 to 1.7114	0.9001	31.8	28.7	0.9679 to 5.2540	0.0038

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

Como se observa en el cuadro III, las mujeres que acudieron a su control con personal no calificado principalmente, pertenecen al área rural (74% en 2008/2009), aunque se observa que para este periodo la cobertura con personal médico calificado se incrementó, el cual se dio principalmente en el área urbana pasando de 37.4% a 45.2% (IC95%: 5.52-10.05).

La cobertura de atención prenatal para las mujeres indígenas fue principalmente por personal no calificado (60% en el periodo), proporción que se mantuvo sin cambios.

Lo cual puede estar relacionado con la falta de ampliación de servicios de salud institucionales.

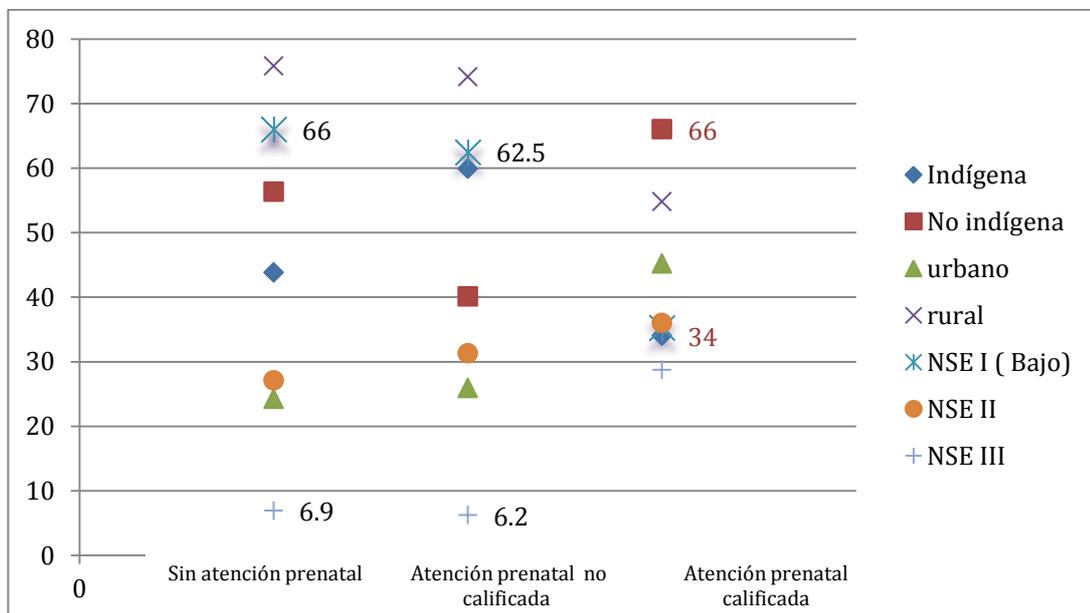
El nivel educativo de las mujeres en general es de primaria, y se mantuvo alrededor del 85% para las mujeres atendidas por personal no calificado y del 60% para las mujeres que acuden con personal calificado.

En relación al nivel socioeconómico, se observó que en general las mujeres embarazadas en este periodo se clasificaban en el nivel más bajo, pero cuando se analiza por tipo de proveedor de la atención médica, se observó que el incremento identificado en 2008/2009 principalmente es en las mujeres que acudieron para su atención con personal no calificado 62.5%.

En la figura 8 pueden observarse las principales desigualdades en relación a las variables por condición económica, etnicidad y ruralidad según el tipo de atención prenatal recibida durante el embarazo en la ENSMI 2008/2009.

Figura 8

Desigualdades en relación a las variables sociodemográficas de mujeres con último hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta según atención prenatal, Guatemala.



Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2008/2009. Elaboración propia.
*NSE: Nivel socioeconómico.

Se destaca que entre las mujeres que no tuvieron acceso a atención prenatal, existe una relación de 10:1 entre las mujeres del nivel socioeconómico más bajo con las mujeres del nivel más alto. Por otro lado, entre las mujeres que tuvieron acceso a

atención prenatal con personal calificado, la variable que presenta mayor desigualdad es la condición étnica, ya que la relación entre mujeres que no son indígenas es de 2:1 con las indígenas.

Mujeres que recibieron atención prenatal: Análisis según dimensiones de cobertura universal

Del total de mujeres que recibieron atención prenatal durante su embarazo, el 52% en 2002 y 70% en 2008/2009 lo hicieron con personal médico calificado. En este periodo, alrededor del 60% acudieron a los servicios del sector público, el 10% a la seguridad social y alrededor del 30% a los servicios privados.

En el análisis más detallado de las coberturas por componentes de la atención (Cuadro IV) se observa que la proporción de mujeres que tuvo oportunidad de contar con 4 o más consultas prenatales se incrementó en este periodo de 75% a 86.6% (IC95%: 9.92-13.70), al igual que la oportunidad de la primera consulta que se otorgó en el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, disminuyó la variable de componente de procedimientos completos que incluye la aplicación de 2 o más dosis de toxoide tetánico y suplementación con hierro/ácido fólico, disminuyó en este periodo, a expensas principalmente de la aplicación de la vacuna.

Cuadro IV.

Indicadores de componentes de la atención prenatal, Guatemala.

	Nacional		IC 95% de la diferencia	p
	2002	2008/2009		
Dimensiones de la cobertura de atención prenatal por personal calificado	N 2649	5768		
	Cobertura %			
Promedio de consultas de 4 o más	75	86.8	9.9293 to 13.7022	< 0.0001
Primera consulta en el primer trimestre	65	73.2	6.0419 to 10.3738	< 0.0001
Procedimientos completos (toxoides tetánico y suplementación con hierro/ácido fólico)	54.2	48.5	3.3819 to 8.0095	< 0.0001

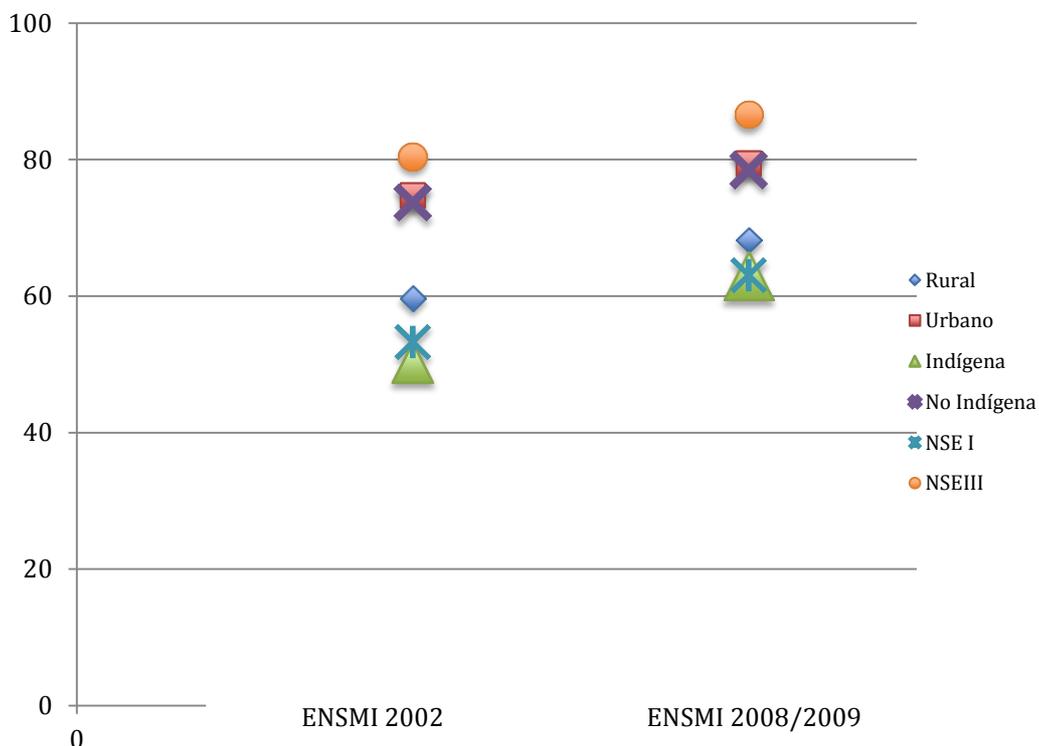
Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

Sin embargo, se destaca que el incremento en estos indicadores beneficia principalmente a las mujeres que viven en el área urbana, que no son

indígenas y que tienen un nivel socioeconómico alto como se muestra en la figura 9, donde se analizan los cambios en los dos periodos de análisis en relación a la oportunidad de recibir la primera consulta prenatal en el primer trimestre, de acuerdo a características socioeconómicas seleccionadas. Se destaca que las diferencias más grandes son entre las mujeres del nivel socioeconómico alto (NSE III) en relación al nivel socioeconómico más bajo (NSE I) que mantienen 1.5 veces más ventaja en el primer periodo de medición y 1.4 más en 2008/2009; también es importante señalar que la condición de etnicidad para el 2002 representó una diferencia similar entre las mujeres que no se autoidentificaron como indígenas que mostró una ventaja de 1.5 veces más en la oportunidad de la atención de la primera consulta, pero se identificó un avance para 2008/2009 donde se logró disminuir esta diferencia a 1.2 veces más ventaja.

Figura 9

Desigualdades en relación a la oportunidad de la atención prenatal, según condiciones sociodemográficas, Guatemala



Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

En el cuadro V, se muestran los principales indicadores de atención prenatal, según tipo de proveedor, en general las mujeres que acudieron al sector público tuvieron mayor cobertura con 2 o más dosis de toxoide tetánico y suplementación con sulfato ferroso /ácido fólico, pero éste pasó del 58.7% en 2002 a 52.8% en 2008/2009.

Se destaca el incremento de la proporción de mujeres embarazadas con 4 o más consultas, principalmente en el sector público ya que en esta periodo el avance fue mayor al 10%, aunque el 82.6% reportado en 2008/2009, sigue siendo menor al alcanzado por el IGSS (95%) y el sector privado (93.3%) en el mismo periodo. La oportunidad de la atención de la primera consulta prenatal dentro del primer trimestre del embarazo mejoró en este periodo pero principalmente en las mujeres que acudieron al sector privado, alcanzado un 85.9% en 2008/2009 a diferencia del 66.8 % del sector público.

Cuadro V.

Atención prenatal según proveedor, Guatemala.

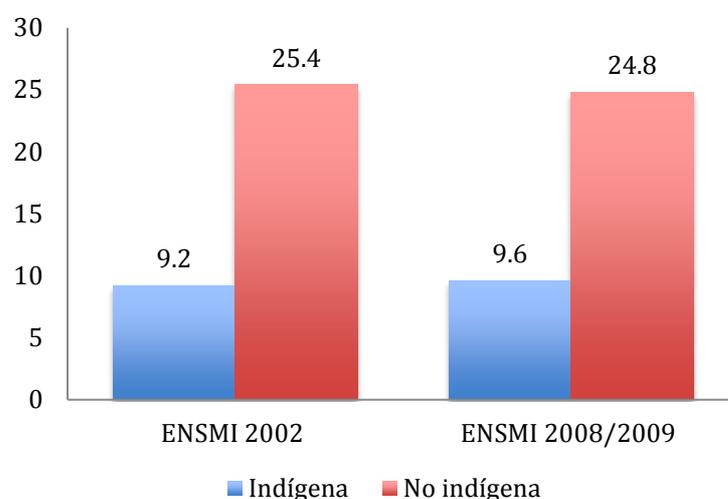
Indicadores de cobertura de atención prenatal	Público				IGSS				Privado				
	2002		2008/2009		2002		2008/2009		2002		2008/2009		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	1674		3552		244		588		731		162		8
				IC 95% de la diferencia				IC 95% de la diferencia					IC 95% de la diferencia
				p				P					p
Procedimientos completos (Toxoide tetánico 2 o más + Sulfato ferroso /Acido Fólico)	58.70	52.8	3.08 to 8.89	< 0.0001	48.7	46.3	5.24 to 10.04	0.528	45.4	40	1.01 to 9.80	0.0139	
Primera consulta en el primer trimestre	55.4	66.8	7.69 to 15.11	< 0.0001	74.5	76.6	-5.24 to 10.16	0.5574	78.5	85.9	3.58 to 11.41	0.0001	
Promedio de consultas de 4 o más	70.1	82.6	9.53 to 15.53	< 0.0001	93.8	95	-2.29 to 5.48	0.4969	85.4	93.2	4.79 to 11.05	< 0.0001	

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

Sin embargo cuando se calculó la cobertura de aquellas mujeres que acudieron a su atención prenatal, pero que recibieron todos los componentes de la atención consideradas en las dimensiones de la cobertura universal del estudio (procedimientos completos, primera consulta en el primer trimestre de atención, 4 o más consultas durante el embarazo) la cobertura de las mujeres que tuvieron atención con personal médico calificado con todos los componentes considerados fue de 34.6%, sin cambios en este periodo.

Figura 10.

Cobertura de atención según dimensiones de cobertura universal, por condición de etnicidad, Guatemala.



Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

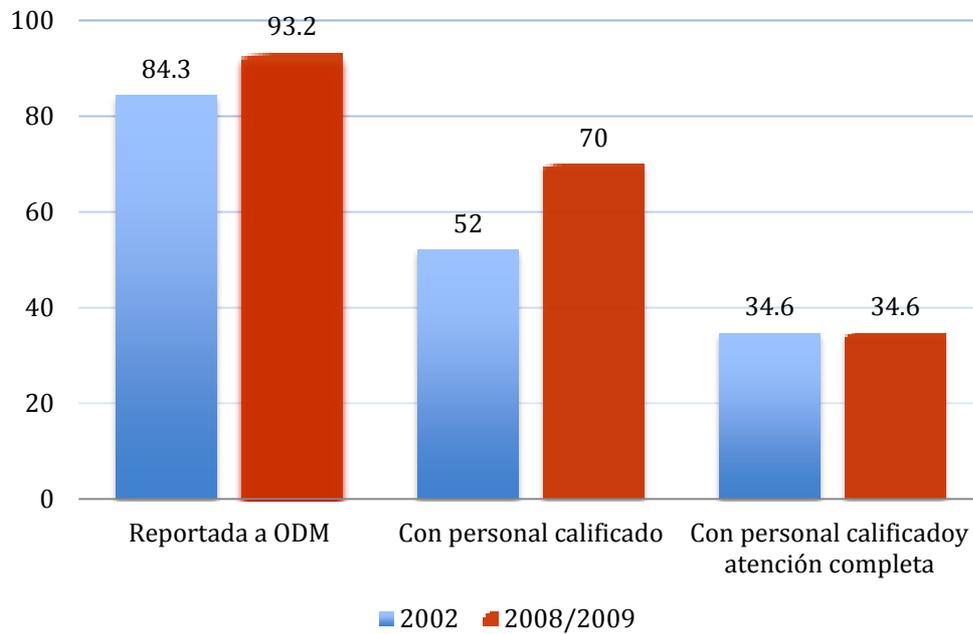
Se destaca también que la cobertura no se distribuyó proporcionalmente en los diferentes grupos de mujeres, en donde la cobertura con todos los componentes es casi 3 veces mayor en el grupo de mujeres no indígenas con relación a las indígenas. (Figura 10)

Brechas en la cobertura de atención prenatal con personal calificado.

Se identificaron brechas considerables entre la cobertura de atención prenatal reportada en los informes de ODM por el país y la cobertura de las mujeres que durante su embarazo tuvieron acceso a una atención completa de acuerdo a los parámetros del estudio. Como se observa en la figura 5, solo el 34.6% del total de mujeres que tuvieron atención prenatal con un proveedor calificado tuvieron oportunidad de recibir 4 o más consultas, la primera de ellas dentro del primer trimestre, contaron con 2 o más dosis de toxoide tetánico y tuvieron suplementación con hierro/ácido fólico, y esta cobertura no sufrió cambios en el periodo de análisis. (Figura 11)

Figura 11.

Estimación de Cobertura de atención prenatal general, personal calificado y atención completa, Guatemala.



Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

Al analizar las brechas de la atención prenatal con personal calificado de acuerdo al índice construido, en donde se incluyeron los componentes de atención: número de consultas recibidas, trimestre de la primera consulta, número de dosis de toxoide tetánico recibida y suplementación con hierro/ácido fólico (Cuadro VI). Se observó que el índice de cobertura para 2002, fue de 0.81 incrementándose para 2008/2009 a 0.85, y que en cada una de los factores analizados este incremento se mantuvo, a excepción del nivel de educación de secundaria que no fue significativo.

Cuadro VI.

Índice de Cobertura de atención prenatal y factores socioeconómicos, demográficos y de servicios de salud, Guatemala.

	ENSMI 2002			ENSMI 2008-9			Diferencia interencuesta	IC 95% de la diferencia interencuesta	p
	n	Mean	Brecha de cobertura	n	Mean	Brecha de cobertura			
Área									
Urbano	992	0.849	0.151	2606	0.873	0.127	0.024	0.0109 to 0.0368	0.0003
Rural	1657	0.783	0.217	3162	0.832	0.168	0.049	0.0362 to 0.0616	< 0.0001
Nivel SE									
Bajo	757	0.743	0.257	2034	0.808	0.192	0.065	0.0470 to 0.0838	< 0.0001
Medio	1049	0.802	0.198	2079	0.851	0.149	0.049	0.0337 to 0.0645	< 0.0001
Alto	843	0.874	0.127	1655	0.902	0.098	0.028	0.0161 to 0.0407	< 0.0001
Etnicidad									
Indígena	942	0.736	0.264	1959	0.807	0.193	0.071	0.0541 to 0.0885	< 0.0001
No indígena	1706	0.848	0.152	3809	0.873	0.127	0.025	0.0146 to 0.0354	< 0.0001
Nivel educativo alcanzado									
Ninguno/Preescolar	49	0.776	0.225	80	0.829	0.171	0.053	-0.0238 to 0.1304	0.1739
Alfabetización	7	0.793	0.207	49	0.865	0.135	0.072	-0.0905 to 0.2353	0.3768
Primaria	1320	0.804	0.196	2893	0.844	0.156	0.04	0.0266 to 0.0534	< 0.0001
Secundaria	538	0.898	0.103	1425	0.895	0.105	-0.003	-0.0175 to 0.0117	0.6962
Superior/Universidad.	63	0.901	0.099	266	0.911	0.089	0.01	-0.0203 to 0.0401	0.5194
Proveedor									
Público	1674	0.781	0.219	3552	0.827	0.173	0.046	0.0337 to 0.0585	< 0.0001
IGSS	244	0.854	0.146	588	0.871	0.129	0.017	-0.0108 to 0.0440	0.2355
Privado	731	0.854	0.147	1628	0.894	0.106	0.041	0.0263 to 0.0547	< 0.0001

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

Cuando se analiza la cobertura al interior de cada uno de los factores estudiados, se observa que las brechas más importantes se encuentran en las mujeres indígenas (0.264 en 2002 y 0.193 en 2008/2009) y en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (2.57 en 2002 y 1.92 en 2008/2009).

Y se destaca que los proveedores públicos son los que mostraron mayor brecha en la cobertura de atención prenatal, 0.173 en relación al nivel privado que fue de 0.106.

Factores asociados a la falta de atención prenatal.

Finalmente, para identificar los principales factores asociados a la falta de atención prenatal, se elaboró un modelo de regresión logística, en donde se observó que las

mujeres con bajo nivel educativo, ubicadas en el estrato socioeconómico bajo y sin seguridad social presentan mayor probabilidad de no tener acceso a servicios de atención prenatal. (Cuadro VII)

Cuadro VII.

Factores sociodemográficos relacionados a la atención prenatal (mujeres sin atención prenatal vs mujeres con 4 consultas o más), Guatemala.

	OR IC 95%	<i>p</i>
Ruralidad		
Rural vs Urbano	1.29 (0.97-1.71)	0.076
Etnicidad		
Indígena vs No indígena	1.06 (0.86-1.31)	0.58
Nivel Escolaridad		
Primaria o menos vs secundaria o más	2.63(1.74-3.98)	<0.001
Seguridad social		
Sin IGSS vs con IGSS	2.03(1.31-3.15)	0.002
Nivel socioeconómico		
Nivel I (bajo) vs Nivel III	2.54 (1.84-3.51)	<0.001
Edad		
20 años o menos	1.19(0.91-1.57)	0.197
36 años o más	1.24(0.94-1.65)	0.133
Año de la encuesta		
2002 vs 2008/2009	2.16(1.77-2.65)	<0.001

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil , 2002 y 2008/2009. Elaboración propia.

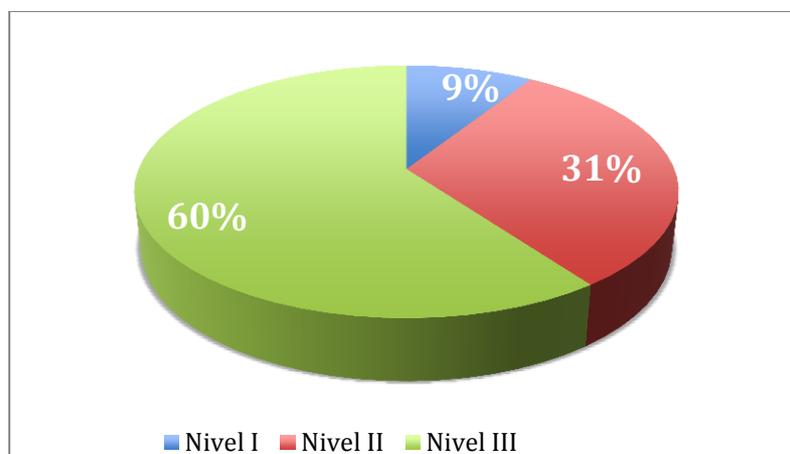
Gasto de bolsillo por la atención prenatal.

Ya que en la ENSMI 2002 no se evaluó el gasto de bolsillo para este tipo de atención solo se analizaron los resultados de la ENSMI 2008/2009, en donde se observó que el 16% del total de mujeres entrevistadas que tuvieron atención prenatal durante el último embarazo, refirieron haber incurrido en gasto de bolsillo por concepto de consulta prenatal o medicamentos, en general las mujeres con mayores capacidades de pago son las que incurrieron en estos gastos (Figura 12), es decir el 60% de las que se clasificaron en el nivel III. En relación a tipo de proveedor el 90% de las mujeres que incurrieron en gastos de la atención prenatal fue del tipo privado, 9% del público y solo 1% al IGSS.

Figura 12.

Gasto de bolsillo por atención prenatal, según nivel socioeconómico,

Guatemala.



Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2008/2009. Elaboración propia.

El promedio de gasto por características socioeconómicas se presenta en el cuadro VIII, donde se observa que el promedio de gasto de bolsillo más alto lo reportaron las mujeres del nivel socioeconómico III (\$128.05) y el más bajo las mujeres del nivel socioeconómico más bajo (\$36.58), llama la atención que el promedio de gasto de las mujeres indígenas fue de \$61.50, es decir casi dos veces más que el gasto de las mujeres del nivel socioeconómico más bajo.

Cuadro VIII.

Gasto de bolsillo por atención prenatal, según características socioeconómicas, Guatemala.

	% de mujeres con gastos de bolsillo	Quetzales	Desviación estándar	\$ Dólares corrientes
Proveedor				
Privado	90	899.22	1001.71	115.28
IGSS	1	493.8	369.99	63.31
Público	9	300.88	634.66	38.57
Etnicidad				
No indígena	80	927.95	1045.70	118.97
Indígena	20	479.67	567.94	61.50
Nivel Socioeconómico				
NSE I	10	285.34	265.54	36.58
NSE II	30	691.99	914.40	88.72
NSE III	60	998.79	1047.63	128.05

Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil, 2008/2009. Elaboración propia.

VII. DISCUSIÓN

La atención de la salud durante el embarazo es esencial para asegurar su evolución normal y saludable y para prevenir, descubrir o predecir posibles complicaciones durante el embarazo o en el momento del parto. Se ha reconocido como un elemento fundamental de los derechos reproductivos y de salud reproductiva. (ONU, 1995) .

En Guatemala como en la mayoría de los países de la región el Estado ha establecido leyes y políticas públicas para hacer efectivo el derecho a una maternidad saludable. Sin embargo a pesar de que es un país con un crecimiento económico sostenido, es un país con contrastes importantes y un Estado muy débil que presenta desafíos en el ámbito de la salud de los más críticos en la región.

La mortalidad materna quedó como una deuda pendiente en el cumplimiento de los ODM, ya que aunque se presentaron avances no se logró la meta, y se concentró en los departamentos con mayor índice de ruralidad (63%) y mayor proporción de población indígena (93%) y de pobreza (70%) es decir en mujeres con mayores vulnerabilidades, pobres, rurales e indígenas que en general tuvieron 2.3 veces más riesgo de morir que las no indígenas. (SEGEPLAN, 2015).

De acuerdo a los resultados de este estudio, se puede observar que pese a que en el informe de cumplimiento de los ODM se reportan como alcanzada la meta de acceso universal a la salud reproductiva y una cobertura de atención prenatal que va de 84.3% en 2002, a 93.2% en 2009, ésta cobertura disminuye sustantivamente cuando se analiza con parámetros más comprehensivos, en las dimensiones de la cobertura universal y se identifican importantes inequidades que requieren ser atendidas.

En principio se destaca que el perfil de las mujeres que en este periodo cursaron con un embarazo, fue principalmente de mujeres que vivían en el área rural (60%), que tenían un nivel educativo de nivel primaria (66.8%) y en su mayoría pertenecían al nivel socioeconómico más bajo (43.5%) y que la oportunidad de recibir atención prenatal con personal calificado, oportuna y completa no fue homogénea, ya que se identificaron inequidades importantes asociadas a sus condiciones socioeconómicas y al tipo de proveedor al que acudieron durante su atención del embarazo.

Se destaca que las mujeres que no tuvieron acceso a la atención prenatal residían principalmente en el área rural (75.8% en 2008/2009), tenían educación primaria (84.1% 2008/2009) y pertenecían al nivel socioeconómico más bajo (66% 2008-2009), es decir presentaban condiciones socioeconómicas de mayor vulnerabilidad que el promedio de las mujeres que cursaron con embarazo en el periodo de estudio.

En relación a las mujeres que tuvieron atención prenatal durante su embarazo,(87% en 2002 y 94% en 2008/2009), se observó que la atención prenatal en el periodo de estudio fue brindada principalmente por personal calificado, con un incremento importante en el periodo de estudio de 52 a 70%, siendo que los principales cambios se dieron en las mujeres que acudieron a su atención prenatal con personal calificado en las áreas urbanas, pasando de 28.9 % en 2002 a 40.4% en 2008/2009 (IC95%: 9.75-13.23). Sin embargo, aunque aparentemente no existen diferencias entre la cobertura por personal calificado entre la zona rural o urbana es de considerarse que la mayor parte del personal médico se concentra en áreas urbanas, y el resto de la población rural es atendido primordialmente por auxiliares de enfermería. (Banco Mundial , 2013).

En el análisis de las inequidades de la cobertura atención prenatal, se destacó que los principales factores asociados a la falta de atención prenatal fueron: el bajo nivel educativo (OR: 2.63, IC95%:1.74-3.98), el nivel socioeconómico bajo (OR: 2.54, IC95%:1.84-3.51) y no contar con seguridad social (OR: 2.03, IC95%:1.31-3.15). Resultados consistentes con otros estudios similares (Asamoah, Agardh, Pettersson, & Östergren, 2014) (Beeckman K, 2011),lo cual representa un reto importante en la ampliación de la cobertura en la atención prenatal, ya que el perfil de la mujeres que cursaron con un embarazo en este periodo se caracterizó por mujeres con un nivel educativo de nivel primaria o menor (60%) y con un nivel de pobreza alto que concuerda con lo reportado en las últimas encuestas que estiman un nivel de pobreza general del 60% y hasta de 80% en la población indígena (INE, 2015).

De acuerdo a la OMS, el avance al logro de la cobertura universal en salud contempla tres dimensiones a tener en cuenta: **la población que cubre, los servicios que son cubiertos y la proporción de gastos cubiertos** (protección financiera). En este estudio para analizar estas dimensiones de la cobertura de

atención prenatal, se incluyeron solo a las mujeres que tuvieron atención prenatal por personal calificado, y se identificó que en términos general se tuvo un avance en el primer eje: **población que cubre** ya que se amplió la cobertura de 52 a 70% en este periodo, la cual cabe destacar se concentró en las zonas urbanas y en las poblaciones no indígenas, persistiendo la inequidad en los grupos más vulnerables. Sin embargo las brechas más importantes se identificaron en el segundo eje que contempla los **servicios que son cubiertos**.

Los componentes considerados en este segundo eje de los **servicios que son cubiertos**, incluyeron solo a los que fueron posibles identificar en la ENSMI del último embarazo en los últimos 5 años previos a la encuesta, (número de consultas prenatales, trimestre de la primera consulta, dosis de toxoide tetánico y suplementación con hierro/ácido fólico) los cuales fueron muy limitados en relación a otros estudios similares (Beeckman K, 2011) (Hodgins & A., 2014) (Heredia-PI I, 2013) en donde se pudieron documentar hasta 8 variables diferentes. Si bien es cierto se identificaron avances importantes en relación a la oportunidad de la primera consulta, que se incrementó de 65% en 2002 a 73.2 en 2008/2009 (IC 95%:6.04-10.3), así como la oportunidad de recibir 4 o más consultas prenatales con incremento de 75 a 86.8% en este mismo periodo de tiempo (IC95%:9.92-13.70), estos avances se limitaron al 40 % de mujeres que fueron atendidas en el sector privado y se la seguridad social, así también solo a las mujeres de los niveles socioeconómicos más altos y las que no se autoidentificaron como indígenas.

Utilizando medidas de resumen para valorar este mismo eje se calculó la cobertura de atención prenatal de las mujeres que recibieron todos los componentes de la atención prenatal contemplados en el estudio, es decir que tuvieron atención por personal calificado y que tuvieron 4 o más consultas, siendo la primera consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo, que se les aplicaron 2 o más dosis de toxoide tetánico y tuvieron suplementación con ácido fólico y/o sulfato ferroso, se logró una cobertura de 34.6% en este periodo que permaneció sin cambio, lo cual nos da cuenta de una brecha importante entre la cobertura que se logra en términos poblacionales y la que se logra con los servicios que son cubiertos. Aunque esta cobertura alcanzada se encontraría similar a las más altas encontradas en el estudio de Hodgins y Agostino, (Hodgins & A., 2014) es de considerarse que en ese estudio se incluyó un mayor número de variables, pero da cuenta de un esfuerzo por medir

esta dimensión que no es fácil cuando se trata de información proveniente de encuestas poblacionales y que se propone como un indicador alternativo para medir el desempeño de la atención prenatal.

Por otro lado señalar que este indicador también da cuenta de las inequidades en la oportunidad de recibir atención prenatal completa, se destaca que esta cobertura de 34.6% no se distribuyó homogéneamente en la población, ya que la cobertura en mujeres indígenas fue solo del 9.5% en el periodo, es decir casi 3 veces menor que la de las mujeres no indígenas, mostrando una de las inequidades más evidentes en el estudio, en donde independientemente del proveedor al que acuden las mujeres indígenas, no reciben el total de las intervenciones consideradas en el estudio.

Si bien es cierto este indicador general da cuenta de la brecha principal en cuanto a la cobertura de los servicios que reciben las mujeres durante su atención prenatal, en este estudio se elaboró un índice que permitiera cuantificar esta brecha en función de los factores asociados y se identificó que el índice global para 2002 fue de 0.81 que se incrementó a 0.85 para el 2008/2009., principalmente en el área urbana (diferencia de 0.049 IC 95%: 0.036-0.06), pero mostrando que las brechas más importantes se encontraron en las mujeres indígenas (0.73 en 2002 y 0.80 en 2008/2009) y en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (0.74 en 2002 y 0.80 en 2008/2009).

Concluyendo con el tercer eje de la cobertura universal que corresponde a **la proporción de gastos cubiertos** (protección financiera) se observó que 84 % de las mujeres que tuvieron atención prenatal con personal calificado no incurrieron en gastos de bolsillo, sin embargo se destaca que el 10% de las mujeres que incurrieron en gastos, acudieron al sector público y al IGSS, lo cual representa un problema importante si se considera que en términos reales el 70% de las mujeres acudieron a estos servicios para su atención, y sobre todo cuando se observa que el promedio de gasto de las mujeres indígenas fue de \$ 61.5, es decir dos veces más que el gasto de las mujeres del nivel socioeconómico más bajo.

De tal forma que las poblaciones más vulnerables como las mujeres indígenas y de los estratos más pobres han tenido que incurrir en gastos de bolsillo para acceder a acciones básicas de prevención que deberían de estar garantizadas por el Estado,

máxime cuando se trata de una prioridad que ha sido elevada a mandato de Ley para la maternidad saludable.

Se sabe que el gasto de bolsillo puede convertirse en una barrera para el acceso a estas acciones preventivas que contribuyen a asegurar una evolución normal del embarazo y prevenir o descubrir posibles complicaciones; y que también pueden contribuir al empobrecimiento de las familias, lo cual resulta relevante para el caso de Guatemala teniendo en consideración que el nivel de pobreza del país es del 60% y que alrededor del 40% las mujeres del estudio pertenecían al nivel socioeconómico más bajo.

Si bien es cierto que del total de mujeres que incurrieron en gastos de bolsillo el 60% correspondían al nivel socioeconómico más alto, el gasto promedio reportado en la ENSMI 2008/2009 para proveedores privados fue de \$115.28, para el IGSS \$63.31 y para el público \$38.57. Considerando que el ingreso mensual promedio en Guatemala según el INE para 2010 fue de \$215.38, el gasto de bolsillo representó para la familia en el sector público el 15 % del ingreso y para aquellas que acudieron al sector privado el 53% de este ingreso, considerando que las familias solo dependían de un salario, podrían estar en riesgo de incurrir en lo que se considera gasto catastrófico (30%) (OMS, 2010).

El monitoreo de la cobertura de la atención prenatal desde esta perspectiva propuesta, permite visualizar los indicadores disponibles en las Encuestas Materno Infantiles que el país genera con regularidad, con un enfoque más comprehensivo en el que no solo se enfoca el número de mujeres que tienen contacto con servicios de salud con personal calificado, sino definir qué tipo de servicios reciben en este periodo y la oportunidad de los mismos. A través de estas propuestas el país puede medir con mayor precisión las brechas en la atención y proponer abordajes específicos para la población con mayores necesidades de salud.

El principal logro observado en este periodo es el incremento de la cobertura de atención prenatal con personal calificado, lo cual puede explicarse principalmente por la estrategia de extensión de cobertura que el país había iniciado desde la firma de los acuerdos de paz y que llegó a su máximo de expansión en el año 2008 con una cobertura de 4.5 millones de habitantes (Pena, 2013).

Esto se logró implementando intervenciones materno-infantiles focalizadas en la población rural predominantemente indígena lo cual contribuyó a disminuir las inequidades más urgentes del país.

Sin embargo el personal a cargo de la atención continua sustentando en auxiliares de enfermería, lo cual podría explicar las diferencias que se encuentra en la cobertura por componentes de la atención que sigue siendo el reto principal, lograr que el 100% de las mujeres que acuden con personal calificado reciban todas las intervenciones indispensables establecidas por la OMS, para que la atención prenatal realmente se convierta en una acción preventiva que contribuya a la salud materna e infantil.

Si bien se requiere continuar con el esfuerzo de extender la cobertura de atención prenatal con personal calificado, es necesario establecer estrategias que contribuyan a mejorar el acceso de las mujeres con mayores vulnerabilidades, ya que en el estudio consistentemente se observaron inequidades importantes en el acceso de las mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos, que viven en el área rural, que tienen un nivel educativo bajo y mujeres que se autoidentificaron como indígenas.

VIII. RECOMENDACIONES

El país atraviesa por un periodo de crisis social y política sin precedentes en época de paz, la mayoría de los acuerdos de paz firmados en los años 90's que entre otros destacaban el incremento de la cobertura de servicios de salud en las poblaciones más postergadas principalmente en las zonas indígenas y el incremento sostenido del financiamiento de la salud, siguen siendo temas pendientes en la agenda política del país.

Pese a que Guatemala es un país de ingresos medios, la pobreza se ha incrementado llegando hasta el 60% para 2014 y el sistema de salud atraviesa por una de las crisis económicas y política más importantes en los últimos años, aunque cuenta con políticas y planes de salud para el logro de la maternidad saludable, no se cuenta con la infraestructura en salud necesaria, ni el personal calificado para brindar la atención.

Se destaca que el primer nivel de atención tiene un nivel de resolutivez muy débil sostenido por auxiliares de salud que tienen un entrenamiento de entre 9 a 12 meses, un sistema de referencia entre el primer y segundo nivel muy incipiente que no asegura la continuidad de la atención de las mujeres durante el periodo de embarazo, un sistema de información débil que no permite contar con información validada y oportuna y por tanto depende de las Encuestas Materno Infantiles para la toma de decisiones.

De tal forma que el reto que ahora tiene el sistema requiere de una profunda Reforma del Sistema de Salud que tenga como eje principal el asegurar el ejercicio del derecho a la salud de toda la población con énfasis en los derechos de salud reproductiva de las mujeres.

Dado que para el Gobierno actual, la propuesta de elaboración de ésta reforma de salud es una prioridad, este tipo de estudios pretende colaborar con información sobre la necesidad de mejorar la cobertura de acuerdo a lo estipulado en la estrategia de acceso y cobertura universal de salud de la OPS 2014, "lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a

nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”.

Será necesario asegurar que las propuestas de reforma se enfoquen en establecer estrategias que tengan como objetivo disminuir las inequidades, con énfasis en la población indígena y con niveles de pobreza más altos, asegurando el acceso geográfico en principio, así como acceso a personal calificado, que labore dentro de un modelo de atención integral con pertinencia cultural que asegure la continuidad de la atención.

Se requieren establecer estrategias para las poblaciones que se encuentran con mayor dispersión y con menor accesibilidad, y evaluar las estrategias que ahora se tienen con el personal comunitario que en algunos casos tiene mayor cobertura que el personal del sistema de salud.

Por otro lado es necesario establecer estrategias para ampliar la seguridad social, y asegurar la cobertura efectiva de esta población, que es la que de acuerdo es este estudio no solo tienen un mayor índice de cobertura, si no que puede en un contexto de pobreza generalizada brindar mayor protección financiera, a través de mecanismos de mancomunación de riesgo y fondos.

Así también identificar estrategias de programas sociales integrales con componentes que vinculan salud, educación, y apoyos económicos, con los cuales pueda lograr un mejor acceso a los servicios de salud a la vez que se mejoran condiciones de vida.

En el avance al logro de la cobertura universal, es necesario identificar las áreas con mayor inequidad en el ámbito de salud y establecer estrategias que prioricen presupuesto y acciones a este nivel, por lo que el análisis de la información con enfoque de inequidades es una prioridad no solo para enfocar las acciones sino para medir los avances.

La perspectiva de equidad en la medición de la cobertura universal es necesaria ahora que se han establecido los Objetivos de Desarrollo Sostenible que tiene como meta el logro de la cobertura universal pero un enfoque especial en la disminución de las inequidades y un desarrollo que permita mantener los logros alcanzados por los países y se generen medidas que permitan la resiliencia del sistema de salud.

En el ámbito específico de la atención prenatal de acuerdo a los hallazgos del estudio se recomienda que las estrategias se enfoquen a lograr que la cobertura sea universal, en donde independientemente del área geográfica en la que viva la mujer cuente con una red de atención que le permita acceder desde el primer nivel a todas las acciones recomendadas por la OMS.

Que las intervenciones de atención prenatal formen parte de un nuevo modelo de atención integral basado en atención primaria en donde se consideren acciones a nivel individual, familiar y comunitario, que sean costeadas y consideradas en la solicitud de presupuesto.

Que a pesar de que el primer contacto sea una auxiliar de salud, se establezcan los criterios de referencia en el momento oportuno para complementar la atención que las auxiliares de salud no puedan cubrir, y que el personal médico en el siguiente nivel contemple dentro de su territorio de atención no solo la población cercana a su unidad médica, sino todas las mujeres embarazadas en el área de influencia, es decir se cuente con un modelo de atención integrado en redes de servicios.

Se requiere una supervisión más estrecha de las capacidades técnicas del personal de enfermería para brindar las acciones de atención prenatal, con énfasis en la identificación de criterios de referencia oportuna.

Dado que una buena parte de las mujeres que acceden a los servicios de salud, son pobres, con un nivel educativo bajo e indígenas, es necesario que se revisen las políticas de organización de los servicios de tal forma que cumplan con el principio de centrarse en las personas y puedan facilitar la información a las mujeres para navegar en el sistema de atención y se disminuyan las barreras de acceso.

El sistema de información deberá centrarse en el análisis no solo del número de

mujeres que son atendidas sino el número de servicios que reciben, así como la calidad de la atención para identificar de manera oportuna barreras para la atención.

El acceso a los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como el acceso a medicamentos debe garantizarse a todas las mujeres que acuden a los servicios públicos, pero con énfasis especial en las mujeres con mayores vulnerabilidades.

Finalmente considerando que los desafíos del Sistema de Salud no son ajenos a la problemática del Estado, que se ve limitado en sus funciones para garantizar los derechos fundamentales de sus ciudadanos, se requiere del planteamiento de un nuevo modelo de desarrollo incluyente, que permita mejorar los niveles de equidad y permita brindar mejores oportunidades, así como incrementar el gasto público en salud que ahora se encuentra dentro de los más bajo de la región con un PIB de 2.1%.

Si bien, este estudio contribuye a la medición de la cobertura de atención prenatal con énfasis en la identificación de las principales inequidades, y representa un aporte para la toma de decisiones, es necesario complementar los resultados con información reciente, ya que es de destacar las limitaciones que se tuvieron para contar con las bases de datos de la ENSMI 2015, que aún a la conclusión del presente estudio no han sido liberadas para su uso público, lo cual también representa una limitante en el país para contar con información oportuna, por lo que este estudio se concluirá una vez que se disponga de la información y se pondrá a disposición de las autoridades de salud para su análisis respectivo.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Adam T, L. S. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ*(331), 1107.
- Asamoah, B., Agardh, A., Pettersson, K., & Östergren, P. (2014). Magnitude and trends in inequalities in antenatal care and delivery under skilled care among different socio-demographic groups in Ghana from 1988-2008. *Pregnancy and Childbirth*, 14(295), 1-14.
- Banco Centroamericano de Integración Económica. (2010). *Banco Centroamericano de Integración Económica*. (B. C. Económica, Productor) Recuperado el 18 de marzo de 2014, de Ficha Estadística de Guatemala: www.bcie.org/uploaded/content/article/1285334126.pdf
- Banco Mundial . (2013). *Hacia una mejor calidad del gasto. Revisión del gasto público de Guatemala* . Banco Mundial . Washington DC: Banco Mundial .
- Becerril-MontekioV, L.-D. L. (2011). Sistema de Salud de Guatemala. *Salud Pública de México* , 53(2), s197-s208.
- Beeckman K, L. F.-S. (2011). The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. *BMC Health Services Research*., 11(213), 1-10.
- Bloch Jr, D. K. (2009). Application of the Kessner and Kotelchuck prenatal care adequacy indices in a preterm birth population . *Public Health Nurse*(26), 449-459.
- BN, N. (1994). Use of obstetric services in rural Nigeria. *Journal Royal Social Health* (114), 132-6.
- CEPAL . (2011). *Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva* . CEPAL. Santiago Chile : CEPAL .
- Congreso de la República de Guatemala. (2005). *Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva. Decreto 87-2005*. Congreso de la República de Guatemala. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala.
- Congreso de la República de Guatemala. (2010). *Ley para la maternidad saludable. Decreto 32-2010*. Congreso de la República de Guatemala. Guatemala: Congreso de la República de Guatemala.
- Duong D, B. C. (2004). Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam. *Social Science and Medicine*(59), 2585-95.
- Ensor T, C. S. (2014). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health policy and Planning*, 19(2), 69-79.

- Estado de Guatemala . (Noviembre de 1993). *Organización de Estados Americanos* . (Estado de Guatemala) Recuperado el 1 de abril de 2015, de Constitución Política de Guatemala : https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf
- Gleid DA, G. N. (2000). Understanding ethnic variation in pregnancy-related care in rural Guatemala. *Ethn Health* (5), 5-22.
- Greg, R., & M., K. (1996). Quantifying the adequacy of prenatal care: A comparasion of indices. *Public Health Report, III*, 408-18.
- Grupo del Banco Mundial . (2014). *ADN económico de Guatemala*. Grupo del Banco Mundial . Guatemala : Grupo del Banco Mundial .
- Heredia-PI I, S.-M. E.-M. (2013). Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México. *Salud Pública de México* (55), 249-258.
- Hodgins, S., & A., D. (2014). The quality-coverage gap in antenatal care: toward better measurement of effective coverage. *Global Health: Science and Pactice*, 2(2), 173-181.
- INE. (2013). *Caracterización estadística: República de Guatemala 2012*. Instituto Nacional de Estadística . Guatemala : INE.
- INE. (2015). *República de Guatemala: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014*. INE. Guatemala : INE.
- Instituto Guatemalteco del Seguro Social . (2008). *Informe de Labores 2007*. IGSS. Guatemala: IGSS.
- Li, J. (2004). Gender inequality, family planing, and maternal and child health care in a rural Chinese county. *Soc. Sci Med*(59), 695-708.
- Magadi MA, A. A. (2007). A comparative analysis of the use of maternal heathl services between teenagers and older mothers in Sub Sahara Africa: Evidence from demographic and health surveys. *Soc Sci Med*(64), 1311-25.
- Magadi MA, Z. E. (1993). The inequality of maternal health care in urban care in sub-Saharan Africa in the 1990s. . *Population Series* (57), 349-68.
- MSPAS. (2010). *Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*. MSPAS. Guatemala: MSPAS.
- MSPAS. (2010). *V Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil 2008-2009*. MSPAS, INE, UVG, USAID, OPS, Guatemala.
- MSPAS. (2015). *Situación de la mortalidad materna. Informe de país 2013*. MSPAS, UNICEF, OPS/OMS,INE, UNFPA. Guatemala: MSPAS.
- MSPAS Guatemala. (2015). *Informe preliminar de cuentas nacionales de salud* . MSPAS Guatemala. Guatemala: MSPAS.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015*. Naciones Unidas . Naciones Unidas.

- Nahedh, A.-N. (1995). Factors affecting the choice of maternal and child health services in a rural area of Saudi Arabia. *East Mediterr Health Journal* (1), 261-9.
- OMS . (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Comisión de Determinantes Sociales de la salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2010). *La financiación de los Sistemas de Salud* . Ginebra , Suiza: OMS.
- OMS. (2013). *Informe sobre la salud del mundo 2013:Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. OMS. Ginebra: OMS.
- ONU. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 1994*. New York : ONU.
- ONU. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2014*. Naciones Unidas. New York: Naciones Unidas.
- OPS/OMS. (2010). *Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe* . Programa de políticas públicas y salud . Washington: OPS .
- OPS/OMS. (2011). *Salud de las Américas 2010*. OPS/OMS. Washington DC: OPS/OMS.
- OPS/OMS. (2012). *OPS/OMS*. (OPS/OMS, Productor) Recuperado el 22 de marzo de 2014, de indicadores básicos de salud 2012:
http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf
- OPS/OMS. (2012). *Salud de las Américas 2012*. Washington DC, Estados Unidos: OPS/OMS.
- OSAR. (2012). *El presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Proyectoado par el año 2012 y sus efectos en el programa de Salud Reproductiva 2012*. OSAR. Guatemala: OSAR.
- Pena, C. (2013). *Mejora del acceso a los servicios de salud mediante el Programa de extensión de cobertura (PEC)*. Guatemala. World Bank. Washington: World Bank.
- PNUD. (2006). *El costo económico de la violencia en Guatemala* . PNUD. Guatemala: PNUD.
- PNUD,UNICEF. (2007). *La niñez Guatemalteca en cifras*. PNUD,UNICEF. Guatemala: PNUD,UNICEF.
- Rodney A, H. P. (2014). Achieving equity within universal health coverage: a narrative review of progress a resourcses for measuring success. *Internaticional Journal for Equity in Health*(13), 2-8.
- Ronsmans C, E. J. (2003). Matenal mortality and access to obstetric services in West Africa. *Trop Med in Health*(8), 940-8.
- SEGEPLAN . (2010). *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio* . GUATEMALA : SEGEPLAN .
- SEGEPLAN. (2015). *Informe final del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio* . Guatemala . SEGEPLAN . GUATEMALA: SEGEPLAN .

SEGEPLAN. (2015). *Informe Final del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Guatemala 2015*. SEGEPLAN. Guatemala: SEGEPLAN .

SEGEPLAN, MSPAS. (2011). *Estudio Nacional de Mortalidad Materna*. SEGEPLA, MSPAS,. Guatemala: SEGEPLAN/MSPAS.

WHO. (2002). *WHO Antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model*. Geneva: WHO.

WHO. (2007). *Standards for Maternal and Neonatal Care*. World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. Geneva: WHO.

WHO, UNICEF, UNFPA ,WB. (2014). *Trends in Maternal Mortality 1990-2013*. Geneva: WHO.