

Título:

Desigualdades del aseguramiento en salud de la atención prenatal en Colombia
Insurance health disparities in antenatal care in Colombia

Autor:

Mónica Alexandra Zúñiga Núñez

Enfermera, Especialista en Epidemiología

Estudiante de Maestría en Epidemiología de la Universidad El Bosque

Responsable de la correspondencia:

Mónica Alexandra Zúñiga Núñez

Dirección: Carrera 68B No. 22A-71, Bogotá Colombia

Teléfono: +571 3102631259

Dirección electrónica: malexaz@hotmail.com

Desigualdades del aseguramiento en salud de la atención prenatal en Colombia

Resumen

Objetivo. Analizar la desigualdad en la atención prenatal de los nacidos vivos de Colombia en 2018 según el tipo de aseguramiento en salud.

Material y métodos. Análisis de diferencias en la media de controles prenatales por régimen de aseguramiento y los *Odds ratio* ajustado por variables sociodemográficas.

Resultados. Existen diferencias en la media de control prenatal por regímenes de aseguramiento en 2018. Las madres afiliadas al subsidiado tienen 2.2 veces más probabilidad de tener menos de cinco controles comparado con contributivo, con mayor riesgo en las madres menores de 19 años, con más de cuatro embarazos, residentes en la Orinoquía y en área rural, así como las que no tienen esposo o compañero.

Conclusiones. Aunque Colombia ha alcanzado la cobertura universal, existen desigualdades entre regímenes de aseguramiento. Este hallazgo puede orientar al gobierno en la definición de políticas en salud materna y apoyar la gestión de la atención prenatal de las aseguradoras.

Palabras clave: desigualdad en atención en salud, atención prenatal, aseguramiento en salud.

Abstract

Objective. To analyze insurance health disparities of the prenatal care in Colombian's live newborns in 2018.

Material and methods. Analysis of differences in the prenatal control average by health insurance type and the odds ratio adjusted for sociodemographic variables.

Results. There are differences in the prenatal control average by type insurance health in 2018. Affiliated mothers who were in subsidized regimen have 2.2 times more probability to get five less prenatal controls compared with people who are in contributory regime (IC95% 2.22-2.32) , with higher risk in mothers under 19 years old, with more than four pregnancies, residents in Orinoquía and rural areas, as well as those without a husband or partner.

Conclusions. Although Colombia has achieved universal coverage, there are disparities between insurance regimes. This finding can guide the government in defining maternal health policies and support the management of prenatal care for insurance companies.

Keywords: Healthcare disparities, prenatal care, insurance health.

Introducción

Según la OMS, la atención prenatal es el vehículo por el cual se llevan a cabo actividades en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana de alteraciones y tratamiento de complicaciones en a mujer embarazada(1). Se define como la “asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las embarazadas, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y también el bebé durante el embarazo”(1) y, sin duda alguna, disminuye la morbilidad, la mortalidad materna y perinatal por cuanto permite al equipo de salud detectar e intervenir los riesgos en la mujer gestante.

La reforma a la salud del año 1993, reguló en Colombia el servicio público esencial de salud y creó unas condiciones para el acceso en salud a toda la población(2), que para finales de la década de los años 80 tenía un 24% de cobertura en salud(3). Bajo el principio del aseguramiento, la Ley definió que, dependiendo de los ingresos y condición laboral, la población estaría asegurada en salud bajo una de tres modalidades o regímenes: contributivo, subsidiado y el de excepción o especial. Al régimen contributivo pertenecen las personas con contrato de trabajo o capacidad de pago, quienes hacen un aporte al estado con el fin de subsidiar la atención en salud de los más pobres. Al régimen subsidiado está afiliada la población más pobre y vulnerable, entre ellos los indígenas, víctimas del conflicto armado, población privada de la libertad y población en protección especial, donde el gasto en salud está a cargo del Estado. En el régimen de excepción y especial, están afiliados los miembros de fuerzas militares, de policía y trabajadores del sistema educativo público, así como sus familias. La Ley también definió que entidades privadas serían responsables de operar el aseguramiento en cualquiera de los regímenes, quienes al final son los que garantizan la atención individual a su población afiliada(2). Las atenciones a las que cada ciudadano tiene derecho están definidas en un plan de beneficios en salud, el cual contempla la atención de baja y alta complejidad para las gestantes y sus recién nacidos sin distinción entre regímenes(4).

Colombia alcanzó la cobertura universal de aseguramiento en salud desde hace poco más de una década. No obstante, persisten importantes desafíos para reducir las desigualdades en el acceso efectivo a la atención en salud, así como en la calidad(5)(6). En el caso de la atención prenatal, las encuestas poblacionales han evidenciado avances en cobertura, aunque con diferencias entre regiones o área de residencia de las mujeres. Por ejemplo, la ENDS de 1986 mostró que dos terceras partes de las madres había tenido al menos una atención prenatal, con una diferencia de 24 puntos porcentuales entre la zona rural y urbana (60 y 84% respectivamente)(7)(8). En 1990 se evidenció un aumento significativo en la cobertura de la atención prenatal, la cual se estimó en un 83% con diferencias entre lo rural y urbano, esta vez con 75 y 89% respectivamente(8). En 2.000, el 9% de los nacimientos

de los últimos cinco años no había tenido control prenatal siendo este número significativamente mayor en regiones como litoral pacífico (27%) y en departamentos del centro-sur como Tolima, Huila y Caquetá (22%)(9). La última encuesta, realizada en 2015 reportó que el 90% de las mujeres que tuvieron hijos en los 5 años previos, recibieron cuatro visitas prenatales o más durante el embarazo, siendo superior este porcentaje en el área urbana; reiterando la situación de desventaja en la que se encuentran las gestantes del área rural, así como en las madres sin educación formal(10). En la actualidad, del total de nacidos vivos, que son aproximadamente 600 mil niños cada año, 99% de ellos nacen en instituciones de salud y 98% es atendido por personal de la salud(11).

Si bien las Encuestas de Demografía y Salud dan cuenta de los avances y desafíos en la mejora de la cobertura y calidad de la atención prenatal, presenta limitaciones en el análisis por regímenes de aseguramiento, aspecto de importancia bajo el contexto del actual sistema de salud colombiano. Este estudio tiene como objetivo analizar la desigualdad en la atención prenatal según el régimen de aseguramiento en salud, de los nacidos vivos a término de 2018.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional analítico de 459.238 registros de nacidos vivo en 2018, en el que se analizó la desigualdad en la frecuencia de la consulta de control prenatal (CPN) según el régimen de aseguramiento en salud, ajustado por otras variables de interés en la madre, entre ellas el número de embarazos, la edad, el estado civil, la pertenencia étnica, el nivel educativo, el área y región de residencia. El estudio incluyó los nacidos a término (Entre 37 y 41 semanas) y excluyó los registros de nacido vivo sin aseguramiento en salud, registros sin información en el número de consultas prenatales o en las variables de estudio, y los registros que tuvieran como lugar de residencia habitual de la madre un país diferente de Colombia.

El “registro de nacido vivo” es un formulario obligatorio y necesario para reconocimiento del registro civil, el cual es diligenciado por los trabajadores de la salud en el lugar donde ocurre el parto. El Departamento Nacional de Estadísticas –DANE-, entidad de gobierno encargada de recopilar y administrar a información de los hechos vitales en todo el país; dispone para consulta pública la base de datos anonimizada luego de rigurosos procedimientos de evaluación y validación. Esta base de datos contiene las variables sociodemográficas de la madre y padre del recién nacido, información del parto, el número de CPN realizados y el régimen de aseguramiento en salud al cual pertenece la madre. Los investigadores obtuvieron la base de datos de los registro de nacido vivo en el sitio web del DANE

http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/652/get_microdata.

En análisis de desigualdad se realizó en dos etapas, la primera a través la comparación de medias de CPN empleando una prueba de comparación de medias de los regímenes con la media para Colombia. La segunda, a través un modelo logístico binomial, para estimar los *odds ratio* crudos y ajustados en las variables con asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Para este propósito, la variable número de CPN se transformó en dos categorías: 4 o menos y más de 4; siendo la exposición principal del modelo el régimen de aseguramiento. Los datos se analizaron en el programa Stata versión 14.0.

La definición operacional de número de CPN corresponde al número de consultas que tuvo la madre del nacido vivo durante ese embarazo, el régimen de aseguramiento corresponde al tipo de vinculación al sistema de salud: contributivo, subsidiado o régimen exceptuado/especial. El número de embarazos incluye el embarazo del nacido vivo, la edad corresponde a la del momento del parto, siendo ésta clasificada en cinco grupos entre los 10 y los 40 años y más. El estado civil es la situación conyugal a momento del parto y corresponde al manifiesto de la mujer sobre tener o no esposo o compañero permanente; la pertenencia étnica, a cómo es reconocido por sus padres el recién nacido de acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos. El nivel educativo de la madre hace referencia al último nivel de estudio aprobado, el cual puede estar entre el básico primario hasta nivel de postgrado; la categoría “ninguno” también fue incluida en esta variable. El área de residencia corresponde a si el lugar que habita es rural o urbano, la región de residencia a la agrupación de los departamentos o provincias que comparten características comunes de tipo geográfico, cultural, político o económico. La clasificación de las regiones fue realizada teniendo en cuenta la agrupación de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la cual define seis categorías: atlántica (zona norte, costera e insular), oriental, centro, pacífica (zona occidental y suroccidental), Orinoquía (zona amazónica suroriental) y el Distrito de Bogotá (ciudad capital).

Resultados

Un total de 459.238 registros de nacido vivo fueron incluidos en el análisis de desigualdad. El 19,5% las madres tenían menos de 20 años, 57.2% más de un embarazo, 7.3% reportó alguna pertenencia étnica; 0.8% no tenía educación y 14% no tenía esposo o compañero permanente. En cuanto al lugar de residencia, la mayor proporción residía en el área urbana y un poco más de la cuarta parte de los nacidos vivos son hijos de madres residentes en departamentos de la región atlántica. La distribución del régimen de aseguramiento y las diferentes variables consideradas en el estudio están detalladas en el [cuadro 1](#). La media de controles prenatales del total de los nacidos vivos fue de 6.63 (IC95% 6.62-6.64). La prueba T de student, mostró diferencias estadísticamente significativas entre las categorías analizadas en cada

variable de estudio, en comparación con la media nacional (media 7.40 IC95% 7.39-7.41), Ver [cuadro II](#).

Cuadro I. Características sociodemográficas de las madres según el régimen de aseguramiento (n=459.238)

Control prenatal	Contributivo (n=189.389)	Subsidiado (n=258.756)	Excepción/Especial (n=11.093)	Total	P*
Edad de la madre					< 0.001
10-14	0.3	1.2	0.3	0.8	
15-19	9.9	25.6	7.7	18.7	
20-29	53.3	53.3	47.8	53.2	
30-39	33.9	18.1	40.7	25.2	
40 y más	2.6	1.9	3.6	2.2	
Número de embarazos					< 0.001
Menos de 2	45.1	41.4	37.0	42.8	
Entre 2 y 4	52.5	51.9	59.7	52.4	
Más de 4	2.4	6.7	3.3	4.9	
Región de Residencia					< 0.001
Atlántica	16.1	34.4	23.3	26.5	
Oriental	20.8	16.8	20.9	18.5	
Central	23.9	23.0	25.5	23.4	
Bogotá	24.9	5.1	14.6	13.5	
Pacífica	12.8	16.5	12.3	14.9	
Orinoquía	1.5	4.3	3.3	3.1	
Área de residencia					< 0.001
Urbano	91.9	67.6	92.1	78.2	
Rural	8.1	32.4	7.9	7.6	
Pertenencia étnica					< 0.001
Si	2.7	10.7	4.3	7.3	
No	97.3	89.3	95.7	92.7	
Nivel educativo de la madre					< 0.001
Primaria	3.7	19.3	2.2	12.5	
Secundaria	49.0	70.0	42.3	60.7	
Superior	47.3	9.3	55.4	26.1	
Ninguna	0.1	1.4	0.1	0.8	
Estado civil					< 0.001
Con esposo/compañero	87.4	84.8	91.3	86.0	
Sin esposo/compañero	12.6	15.2	8.7	14.0	

Cuadro II. Media de CPN de los nacidos vivos según el régimen de aseguramiento en salud (n=459.238)

Variables de estudio	Media	IC95%		P*
		Límite inferior	Límite Superior	
Régimen de aseguramiento				
Contributivo	7.40	7.39	7.41	< 0.001
Subsidiado	6.04	6.03	6.05	< 0.001
Excepción/Especial	7.21	7.17	7.25	< 0.001
Edad de la madre				
10-14	5.59	5.51	5.67	< 0.001
15-19	5.98	5.96	5.99	< 0.001
20-29	6.61	6.60	6.62	< 0.001
30-39	7.18	7.17	7.20	< 0.001
40 y más	6.83	6.78	6.88	< 0.001
Número de embarazos				
Menos de 2	6.83	6.82	6.84	< 0.001
Entre 2 y 4	6.58	6.57	6.59	< 0.001
Más de 4	5.47	5.44	5.50	< 0.001
Región de Residencia				
Atlántica	6.25	6.23	6.26	< 0.001
Oriental	6.55	6.54	6.57	< 0.001
Bogotá	6.97	6.95	6.99	< 0.001
Central	7.03	7.02	7.05	< 0.001
Pacífica	6.72	6.70	6.74	< 0.001
Orinoquía	5.58	5.54	5.63	< 0.001
Área de residencia				
Urbano	6.81	6.80	6.81	< 0.001
Rural	6.02	6.00	6.03	< 0.001
Pertenencia étnica				
Si	5.39	5.36	5.41	< 0.001
No	6.73	6.73	6.74	< 0.001
Nivel educativo de la madre				
Primaria	5.61	5.59	5.63	< 0.001
Secundaria	6.42	6.42	6.42	< 0.001
Superior	7.68	7.67	7.70	< 0.001
Ninguna	4.30	4.22	4.38	< 0.001
Estado civil				
Con esposo/compañero	6.68	6.67	6.69	< 0.001
Sin esposo/compañero	6.34	6.32	6.36	< 0.001

(*) Prueba T de student para comparación de medias

Todas las variables consideradas presentaron asociación estadística con la frecuencia del CP. Los nacidos vivos hijos de madres pertenecientes al régimen subsidiado tienen 3.5 veces más probabilidad de tener cuatro o menos CPN durante la gestación en comparación con el régimen contributivo (IC95% 3.510-3.646), mientras que el régimen excepción/especial, esta probabilidad es de 1.16 (IC 1.091-1.247) en comparación con el contributivo; siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Ver [cuadro III](#).

Cuadro III. Odds Ratio de 4 y menos controles prenatales por régimen de aseguramiento (n=459.238)

Régimen	OR	IC 95%		p valor
		Límite Inferior	Límite superior	
Contributivo	0.288	0.283	0.294	< 0.001
Subsidiado	3.545	3.479	3.611	< 0.001
Excepción/Especial	0.492	0.461	0.538	< 0.001

Adicional al régimen de aseguramiento, el modelo logístico binomial ajustado por las demás variables, evidenció que tienen mayor probabilidad de cuatro o menos CPN los nacidos vivos hijos de madres afiliadas al régimen subsidiado, madres entre 15 y 19 años de edad (OR 1.20 IC95% 1.11-1.29) comparado con las mujeres menores de 15 años, aquellas que residen en área rural (OR 1.16 IC95%1.138-1.183) en comparación con el área urbana, las madres que residen en departamentos de la región de la orinoquía (OR 1.07 IC95% 1.02-1.12) comparado con las que residen en Bogotá. Los nacidos vivos hijos de madres con alguna pertenencia étnica tienen la 2.33 veces mayor probabilidad de menores frecuencias prenatales (IC95% 2.26-2.39) comparado con los que no y, aquellas madres que no tienen esposo o compañero permanente tienen 1.44 veces más probabilidades que aquellas que si lo tienen (IC95% 1.41-1.48). Por último, cuando mayor es el número de embarazos, la probabilidad de cuatro o menos controles prenatales es mayor, de otra parte, a mayor nivel educativo, la probabilidad de tener cuatro o menos controles prenatales es menor. Ver [cuadro IV](#).

Cuadro IV. Regresión logística binomial de cuatro o menos CPN (n=459.238) ajustado por variables sociodemográficas en la madre

Variables	ORa	IC95%		P
		Límite Inferior	Límite superior	
Régimen Contributivo	1			
Régimen Subsidiado	2.27	2.22	2.32	< 0.001
Régimen Excepción/Especial	1.32	1.23	1.41	< 0.001

Edad de la madre: 10-14 años	1			
Edad de la madre: 15-19 años	1.20	1.11	1.29	< 0.001
Edad de la madre: 20-29 años	0.60	0.59	0.61	< 0.001
Edad de la madre: 30-39 años	0.35	0.34	0.36	< 0.001
Edad de la madre: 40 y más años	0.37	0.35	0.39	< 0.001
Número de embarazos: menos de 2	1			
Número de embarazos: entre 2 y 4	1.74	1.71	1.78	< 0.001
Número de embarazos: más de 4	3.52	3.39	3.66	< 0.001
Región Atlántica	0.61	0.59	0.62	< 0.001
Región Oriental	0.71	0.69	0.74	< 0.001
Región Bogotá	1			
Región Central	0.44	0.42	0.45	< 0.001
Región Pacífica	0.43	0.42	0.45	< 0.001
Región Orinoquía	1.07	1.02	1.12	0.002
Área de residencia: Urbana	1			
Área de residencia: Rural	1.16	1.13	1.18	< 0.001
Pertenencia étnica: No	1			
Pertenencia étnica: Si	2.32	2.26	2.39	< 0.001
Nivel educativo: ninguno	1			
Nivel educativo: Primaria	0.62	0.58	0.67	< 0.001
Nivel educativo: Secundaria	0.42	0.39	0.46	< 0.001
Nivel educativo: Superior	0.23	0.21	0.24	< 0.001
Estado civil: Con esposo/compañero	1			
Estado civil: Sin esposo/compañero	1.44	1.41	1.48	< 0.001

Los hallazgos indican que, existen desigualdades en la frecuencia del control prenatal según el régimen de aseguramiento, diferencias que son estadísticamente significativas. El modelo logístico binomial, indica que variables como la edad de la madre, el número de embarazos, la región y área de residencia, la pertenencia étnica y el nivel educativo y la ausencia de compañero permanente, están asociados a la probabilidad de tener menos de cuatro o menos CPN según el régimen de aseguramiento en salud en las madres de los nacidos vivos de Colombia en 2018.

Discusión

La frecuencia del control prenatal es un indicador determinante de la atención materno-perinatales y la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud (1)(12)(13)(14). Los resultados de este estudio demostraron que existen desigualdades entre los nacidos vivos de 2018, asociadas al régimen de aseguramiento en salud de la madre, aun cuando las atenciones a las que cada madre tiene derecho, están definidas sin distinción en el plan de beneficios en salud y guías técnicas(4)(15). Estas desigualdades, en el marco del aseguramiento universal podrían ser intervenibles en el corto o mediano plazo, mediante un mejor gerenciamiento de la atención prenatal en las mujeres aseguradas. No obstante, los determinantes estructurales juegan un papel fundamental por cuanto se traducen en barreras de tipo geográficos, económico, administrativos y culturales para las mujeres en estado de embarazo, que inciden en el acceso efectivo y temprano a la atención prenatal con la consecuente incidencia en resultados desfavorables para la madre y el niño (16)(17)(18)(19).

Los hallazgos aquí descritos, se asemejan a otros que han evaluado la asociación de la frecuencia del control prenatal con variables sociodemográficas. La mayoría de estudios coinciden en que factores sociales y demográficos como el lugar donde viven las gestantes, la edad, el nivel educativo, el número de embarazos, la pertenencia étnica y la presencia de compañero, tienen una asociación significativa con la frecuencia del control prenatal(20)(21)(22)(23)(24). En cuanto al aseguramiento en salud, algunos países han demostrado asociación entre este factor y la frecuencia de controles prenatales. Por ejemplo, en India fue evaluada la utilización, equidad y determinantes de la atención prenatal, demostrando que la cobertura de aseguramiento en salud se asoció con mayores probabilidades de una alta frecuencia de controles prenatales(25). En Indonesia, las mujeres con aseguramiento en salud tienen 1.485 veces más probabilidades de realizar 4 o más controles prenatales en relación a las que no lo tienen(26). *Gonthier C. y otros* en Francia, demostraron asociación entre la falta de aseguramiento como componente de indicador de privación social en las mujeres y la baja frecuencia de uso del control prenatal(27). En México, la ausencia de control prenatal se asoció a falta de seguro médico en un grupo de mujeres residentes de una ciudad fronteriza(28) y en Brasil, país donde existe un seguro público universal, demostraron que las mujeres cubiertas bajo el programa público de atención a la gestante tenían mayores tasas de inadecuado control prenatal en comparación a las que tenían un seguro privado (20)(29).

Dada la particularidad del Sistema de Salud colombiano, existen limitaciones al comparar con otros estudios que solo toman en cuenta el aseguramiento y no los regímenes o su equivalente. No obstante, aunque son pocos los estudios específicos sobre el tema, han demostrado asociación entre baja frecuencia del control prenatal y el estar asegurado o no en salud (17), así como mayor probabilidad de un adecuado

uso del control prenatal cuando se está afiliado al régimen contributivo en comparación con el subsidiado en un departamento de la costa atlántica(30).

El Plan Decenal de Salud Pública del 2012 estableció como meta para el 2021, que el 95% de mujeres gestantes tuvieran 4 o más controles prenatales, en el 94% de las provincias o departamentos(31); a pesar de los avances, se requieren aún mayores esfuerzos para alcanzarla. Recientemente, el gobierno se encuentra en proceso de implementación del Modelo de Acción Integral Territorial, que tiene como propósito permitir una mejor coordinación entre los agentes del sistema de salud (aseguradores, prestadores de servicios y gobiernos locales) mediante unas líneas de acción en aseguramiento, talento humano, prestación de servicios, entre otros; bajo los enfoques de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; para alcanzar la cobertura y acceso de todas las personas propendiendo hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho(32).

Los resultados aquí presentados pueden constituirse como un punto de partida para la definición de estudios conducentes a identificar las causas asociadas a esa desigualdad entre regímenes de aseguramiento, lo cual permitirá orientar políticas desde el gobierno en la intervención de los determinantes estructurales e intermedios que inciden en la salud materna, así como la garantía del goce efectivo del derecho a la salud en esta población. De otra parte, estos hallazgos se constituyen en una herramienta de apoyo a la gestión de los aseguradores de salud, quienes deben proteger la salud de sus afiliadas, son responsables directos de la identificación e intervención de los riesgos y garantes del acceso efectivo a los servicios de salud de las mujeres gestantes y recién nacidos.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener conflicto de intereses

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen [Internet]. Vol. 387, Reproductive Health. 2016. 19 p. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>, fechadeconsulta 10 de enero
2. Senado de la República de Colombia. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

3. Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados. En: Séptima C, editor. 1. Bogotá; 1994. p. 22–45.
4. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 5269 de 2017: Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) [Internet]. 2017 p. 25–34. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>
5. Flórez CE, Soto VE, Acosta OL, Karl C, Misas JD, Forero N, et al. Documento de trabajo 15: avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. [Internet]. Primera. Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario, editores. Vol. 53. Bogotá; 2007. 1689–1699 p. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DesarrolloSocial/Documento_15_Equidad_1.pdf
6. Santamaría S M, García A F, Prada L C, Uribe T MJ, Vásquez B T. El sector salud en Colombia: Impacto del SGSSS después de más de una década de la reforma. Coyuntura Social [Internet]. diciembre de 2008;(38–39):41–103. Disponible en: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/10/browse>
7. Rojas O. Colombia: perfil de salud reproductiva 1990. Rev colomb Obs ginecol [Internet]. 1991;42(4):279–84. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/issue/view/90>
8. Profamilia, Institute for Resource Development/Macro International I. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud [Internet]. Primera. Profamilia, editor. Bogotá; 1990. 117–120 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base de datos ends 1990 Informe.pdf>
9. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) [Internet]. Encuesta nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2000. p. 107–11. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/ENDS 2000.pdf>
10. Ministerio de salud y protección social; profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). 2015. 219;220.
11. Ministerio de salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) [Internet]. 2019. 181–185 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Panorama general informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡cada madre y cada niño contarán! [Internet]. World Health Report. 2005. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf
13. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: Tackling the social roots of health inequities. PLoS Med. 2006;3(6):0749–51.

14. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018;6(11):e1186–95. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30389-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30389-9)
15. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específicas [Internet]. 2000. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_0412_DE_2000.pdf
16. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux-Tharoux C, Luton D, Oury JF, et al. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(5):587–95.
17. Alfonso L, Tascón M, Deyfilia M, Guatibonza A, Bibiana C, Ospina P, et al. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2015;80(4):306–15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400005
18. Sánchez H, Pérez G; Pérez P VF. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2005;43(5):377–80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745544003.pdf>
19. Rooney C. Antenatal care and maternal health. How effective is it? A review of the evidence [Internet]. Geneva: WHO; 1992. p. 38–57. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59954/WHO_MSM_92.4.pdf
20. Cristina A, Bernardes F, Antonio R, Coimbra LC, Teresa M, Soares S, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;266(14):1–12.
21. Ipiá-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev la Fac Med*. 2019;67(3):331–5.
22. Cáceres-Manrique F de M, Molina-Marín G. Inequidades Sociales En Atención Materna. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2010;61(3):231–8.
23. Tran TK, Nguyen CTK, Nguyen HD, Eriksson B, Bondjers G, Gottvall K, et al. Urban - Rural disparities in antenatal care utilization: A study of two cohorts of pregnant women in Vietnam. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:1–9.
24. Saad-Haddad G, DeJong J, Terreri N, Restrepo-Méndez MC, Perin J, Vaz L, et al. Patterns and determinants of antenatal care utilization: Analysis of national survey data in seven countdown countries. *J Glob Health* [Internet]. 2016;6(1).

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4871063/pdf/jogh-06-010404.pdf>

25. Kumar G, Choudhary TS, Srivastava A, Upadhyay RP, Taneja S, Bahl R, et al. Utilisation, equity and determinants of full antenatal care in India: analysis from the National Family Health Survey 4. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):327.
26. Laksono AD, Rukmini R, Wulandari RD. Regional disparities in antenatal care utilization in Indonesia. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(2):1–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0224006>
27. Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharoux C, Blondel B, Alfaiate T, Schmitz T, et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: The PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–11.
28. Ramírez-Zetina M, Richardson V, Ávila H, Caraveo VE, Salomón RE, Bacardi M, et al. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, Mexico. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2000;7(2):97–101.
29. Dos Anjos JC, Boing AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: Análise do sistema de informações sobre nascidos vivos em 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):835–50.
30. Mellado CM. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*. 2016;32(3):436–51.
31. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decena/de Salud Pública 2012– 2021 [Internet]. Ministerio De Salud Y Protección Social 2013 p. 326. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
32. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución No. 2626 de 2019: por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial-MAITE [Internet]. Bogotá; 2019. p. 1–17. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)