

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
Sede Académica de México



FLACSO

Maestría en Población y Desarrollo
Promoción XII – 2016 – 2018

Las barreras en la utilización de la atención a la salud materna en los tres componentes: prenatal, parto y posnatal en Haití, 2012

Tesis que para obtener el grado de maestra en Población y Desarrollo

Presenta:

Daniella AZOR

Directora de tesis: Dra. Marisol LUNA
Codirector: Mtro. Roody THERMIDOR

Lectores

Dra. María del Rosario Cárdenas Elizalde
Dra. María de la Cruz Muradás Troitiño

Seminario de investigación: Población y Salud
Líneas de investigación: Política, políticas públicas y género

Ciudad de México, 27 de agosto 2018

Esta investigación fue realizada gracias al apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la contribución de la Fundación Heinrich Böll de México.

Dedicatoria



Gracias a Dios que siempre guía mis pasos.

A mis padres queridos, Daniel y Jeanne Suliannie.

A mis hermanos Ernst, Jean-Marc y mi hermana Stephanie.

A mi querido Johnny que alivia mi soledad lejos de mi tierra amada.

«El principio de la sabiduría es el temor de Jehová; Los insensatos desprecian la sabiduría y la enseñanza.» (Proverbios 1:7)

Agradecimientos

Gracias a mis padres que siempre han hecho buenas elecciones en mi recorrido educacional desde la niñez. Con amor, paciencia, comprensión y sudor en la frente me han llevado a la puerta del éxito educacional, profesional, social y cristiano.

Agradezco a la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, al CONACYT y a la Fundación Böll que proporcionan recursos humanos con alta calidad y recursos financieros para animar a los investigadores a concretar sus sueños.

Un reconocimiento a la Dra. Rosa María Rubalcava, Coordinadora de la Maestría, quien con rigor y profesionalismo nos ha permitido realizar un trabajo científico muy valioso y a Mabel Neves que cuidaba de nosotros con cariño y amor.

Un agradecimiento muy especial a mi directora de tesis, Dra. Marisol Luna, que me ayudó con asesorías y despejando las dudas que se presentaron en la elaboración de la tesis, porque lo hizo como una madre, con gran paciencia todo este camino. Agradezco al Mtro. Roody Thermidor, quien apoyó con sus consejos inestimables en la dirección de la tesis. De igual manera, mi admiración a mis lectoras, Dra. Cárdenas Elizalde y Dra. Muradás Troitiño, quienes perfeccionaron mi trabajo con sus comentarios y recomendaciones idóneas.

A mis maestros, por su gran apoyo y motivación para culminar nuestros estudios profesionales; a quienes marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, especialmente Dra. Cecilia Gayet y Dr. Claudio Cervantes, coordinadores del Seminario de Población y Salud; al Dr. Ulises Flores y Profesor Alejandro Alegría, por el apoyo brindado a este trabajo y en la implementación del método de la tesis, les agradezco.

Doy la gracias a Roody Thermidor, Patrick Dély, Senou Amouzou, Salomon Corvil, Nadia Phaymir Jean Charles, Stanley Juin y Katilla Pierre que me acompañaron durante el proceso de la convocatoria de la Maestría.

Una mención especial merece Ebène Bellerice y Beatriz López Oropeza, por su generoso recibimiento y apoyo en los primeros meses de mi llegada a México. Gracias a Michelson Michel por sus contribuciones en mis primeros éxitos. Porque fue el periodo más difícil y lleno de soledad, sus apoyos no tienen precio.

A mi primera amiga, Gabriela A. Calderón, tu alegría sin frontera me hizo desdeñar las incertidumbres que conllevaba la maestría. Gracias a mis compañeros haitianos Woodley, Guéter y Leonard con quienes he pasado los buenos momentos y sobrevivido a los malos.

Quienes nos apoyamos mutuamente durante nuestra formación profesional y seguimos siendo amigos: Felipe Jiménez, Alondra Sánchez, Lourdes Ortega y Ángela Rojas, que además me ayudaron a perfeccionar la lengua española. También a Ebène Bellerice, Jacob Michel y Patricia Guzmán que siempre están disponibles para revisar mis trabajos. Por último, a todos aquellos familiares y amigos que no he mencionado pero que ustedes saben quiénes son y saben que les dejo un agradecimiento muy cordial.

Resumen

Se reconoce a Haití como el país que registró la mayor tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe en 2014, que alcanzó 359 muertes por 100,000 nacidos vivos, aun cuando entre 1990 y 2013 presentó un descenso de 43%. La Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y de Utilización de Servicios (EMMUS-V) de 2012 reveló que 67% de las mujeres embarazadas cubrió cuatro visitas prenatales o más, un poco más de un tercio tuvo parto institucional o asistido por personal capacitado, la cobertura de atención posnatal dentro de las 24 horas es de sólo 5% y más de dos tercios de las mujeres no recibieron atención aún dos días después.

Con base en el modelo de ecuaciones estructurales generalizados y la EMMUS-V, se propone examinar las barreras de predisposición, capacidad o necesidad en el uso de atención prenatal, de parto y posnatal por parte de las mujeres en Haití en 2012 a través de la teoría de comportamiento en la salud de Andersen (2001) y de la teoría de empoderamiento de la mujer.

Entre los principales resultados se tiene que un mayor número de hijos, el problema de la distancia hacia una institución de atención y la falta de planeación del embarazo representan una barrera en el uso normativo de servicios de atención a la salud materna, mientras que contar con mayor número de años de educación, estar en una mejor situación socioeconómica, estar expuesta a los medios de comunicación, tener un historial de muertes neonatales, residir en zona urbana y mantener una relación de pareja, sea unión libre formal o casada, son factores protectores que se diferencian según el componente de la atención materna. Los departamentos Noreste y Centro se han convertido en lugares donde las mujeres tienen más posibilidades de usar los servicios regulados. Por último, se confirma el efecto positivo del uso normativo del control prenatal en el uso continuo de los servicios de atención a la salud materna con las mismas características.

Se recomienda tomar en cuenta las barreras y los factores protectores en el uso normativo de los servicios de atención a la salud materna en el desarrollo de políticas públicas en Haití. Entre otros, la colaboración multisectorial podría ser una estrategia muy positiva para evitar muertes maternas y asegurar que la reproducción no sea una etapa de riesgo en la vida de la mujer o el recién nacido. Con ello, se podrá dar cumplimiento a los compromisos internacionales relacionados con la adecuada atención a la salud reproductiva, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Palabras clave: salud materna; control prenatal; parto; posnatal; uso normativo de atención de salud; Modelo de Ecuaciones Estructurales Generalizado; Haití.

Abstract

Haiti had the highest maternal mortality ratio in Latin America and the Caribbean, with 359 deaths per 100,000 live births in 2014, even though between 1990 and 2013 it showed a decrease of 43%. In 2012, the Mortality, Morbidity, and Services Use Survey (EMMUS-V) revealed that 67% of pregnant women had the four minimum prenatal visits, a little over a third had institutional delivery or by skills birth attendance, but postnatal care coverage within 24 hours is only 5 % and more than two thirds of the women did not receive care after 48 hours.

Based on the generalized structural equations method and the EMMUS-V, this study aims to identify predisposition, capacity, or need barriers for the regulatory use of prenatal, delivery and postnatal care by women in Haiti in 2012, through the model of behavior in health by Andersen (2001) and with the support of the empowerment of women theory.

Among the many results stood out the greater number of births, distance to an institution providing care issue and the non-planning of pregnancy represent a barrier to the normative use of maternal care, while the greater number educational years of, being in a better socio-economic situation, exposure to the media, history of neonatal deaths, residence in urban areas and common-law union or being married are protective factors that differ according to the component of maternal care. The Northeast and Center departments have had the best normative healthcare use for pregnancy experience. Finally, the positive effect of the normative use of prenatal control in the continuous use of maternal care with the same characteristics is evident.

It is recommended to consider the barriers and stimuli in the normative use of maternal health care in public policies implementation in Haiti. For this reason, multispectral collaboration could be a very promising strategy to prevent maternal death and thus achieve better reproductive health and ensure that reproduction period will not be a risk for both women and newborns. This will allow compliance with international commitments, including the Sustainable Development Goals that are related to adequate reproductive health care.

Keywords: maternal health; prenatal care; delivery care; postnatal care, healthcare normative use; Generalized Structural Equation Model; Haiti.

Résumé

Haïti présente le ratio de mortalité maternelle le plus élevé dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes en 2014. Il s'éleva à 359 décès pour 100 000 naissances vivantes, malgré la diminution de 43% enregistrée entre 1990 et 2013. L'enquête sur la Mortalité, Morbidité et l'Utilisation des Services de 2012 (EMMUS-V) a révélé que 67% des femmes enceintes ont eu au moins quatre visites prénatales, un peu plus d'un tiers a bénéficié d'un accouchement institutionnel ou par un personnel qualifié. Toutefois la couverture des soins postnatals dans les 24 heures est de seulement 5% et plus de deux tiers n'ont reçu aucun soin deux jours après.

A travers le méthode des équations structurelles généralisées et l'EMMUS-V, cette étude a pour but de d'identifier les barrières de prédisposition, de capacité et de nécessité dans l'utilisation normative de soins prénatals, d'accouchement et postnatals des femmes en Haïti en 2012 en utilisant le modèle de comportement dans l'utilisation des services de santé de Andersen (2001) et la théorie de l'émancipation féminine.

L'étude a révélé que la parité élevée, l'éloignement de la zone de résidence de l'institution de santé et la non-planification de la grossesse constituent un obstacle à l'utilisation normative des soins maternels alors qu'un haut niveau d'éducation, de situation socio-économique, d'exposition aux médias, la résidence dans les zones urbaines, l'union libre formelle, le fait d'être marié ou présentant un antécédent de décès néonataux, sont des facteurs de protection qui diffèrent selon la composante des soins maternels. Les départements du Nord-Est et du Centre se révèlent être les régions où les femmes utilisent le mieux les services de santé maternelle selon les normes. Enfin, l'effet positif de l'utilisation normative du contrôle prénatal dans l'utilisation continue des soins maternels avec les mêmes caractéristiques est confirmé.

Il est recommandé de considérer les barrières et les stimuli de l'utilisation normative des soins de santé maternelle dans le développement des politiques publiques en Haïti. De plus, la collaboration multisectorielle pourrait être une stratégie très prometteuse afin d'empêcher les décès maternels, obtenir de meilleurs résultats dans l'amélioration de la santé génésique et s'assurer que la période de reproduction ne représente plus un risque pour la femme et le nouveau-né. Tout ceci contribuerait ainsi au respect des engagements internationaux, entre autres, les objectifs de développement durable.

Mots - clés : santé maternelle ; contrôle prénatal ; accouchement ; visite postnatale ; utilisation normative de soins de santé; Modèle d'Equation Structurelle Généralisée ; Haïti.

Acrónimos

CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CRPD	Conferencia Regional de Población y Desarrollo
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
EMMUS	Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y de Utilización de Servicios
EPSSS	Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
IDG	Índice de Desigualdad de Género
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IHME	Instituto de Medición y Evaluación de la Salud
MSPP	Ministerio de Salud Pública y de Población
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Pan American Health Organization
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
RMM	Razón de Mortalidad Materna
TAR	Teoría de Acción Razonada
TCP	Teoría del Comportamiento Planificado
UAS	Unidad Administrativa de Salud
UCS	Unidad Comunal de Salud
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization

Índice

<i>Introducción</i>	1
<i>Capítulo 1 : Antecedentes en el uso de los servicios de atención a la salud materna</i>	6
<i>Capítulo 2 : Panorama y retos del uso normativo de los servicios de atención a la salud materna</i>	11
2.1 Normas y estrategias para la mejora en el uso de los servicios de atención a la salud materna en el mundo	11
2.2 Normas para la salud materna en Haití: retos y cumplimientos	15
2.3 Factores explicativos del uso de los servicios de atención a la salud materna	20
<i>Capítulo 3 : Marco de referencia</i>	24
3.1 Conceptualización del uso de los servicios de salud	24
3.2 Marco teórico	25
3.2.1 Modelo económico	25
3.2.2 Modelo de creencias en salud.....	27
3.2.3 Modelo de comportamiento en salud	28
3.2.4 Teoría del empoderamiento de la mujer	30
3.2.5 Modelo teórico de la investigación	31
<i>Capítulo 4 Marco metodológico</i>	34
4.1 Preguntas de investigación	34
4.2 Objetivos	34
4.3 Hipótesis	35
4.4 Descripción de la fuente de información	36
4.5 Operacionalización del uso normativo de servicios de salud materna	37
4.6 Operacionalización de las posibles barreras para el uso normativo de los servicios de salud materna	39
4.6.1 Las barreras de predisposición	39
4.6.2 Las barreras de capacidad	41
4.6.3 Las barreras de necesidad.....	42
4.7 Técnicas estadísticas de análisis	43
4.7.1 Instrumentos de medida del uso de los servicios de atención a la salud materna.....	43
4.7.2 Bondad de ajuste del modelo MEEG	46
<i>Capítulo 5 : Descripción del uso normativo de los servicios de salud materna</i>	48
5.1 Descripción de las mujeres en función de las posibles barreras de predisposición, capacidad y necesidad	48
5.2 Análisis descriptivo del uso de los servicios de atención a la salud materna	50
5.2.1 La atención prenatal en función de las dimensiones de Andersen.	50
5.2.2 La atención de parto en función de las dimensiones de Andersen.	52
5.2.3 La atención posnatal en función de las dimensiones de Andersen	54
5.3 Determinantes del uso normativo de servicios de atención a la salud materna	56
5.4 Uso normativo de servicios de atención a la salud materna en el periodo prenatal	56
5.5 Uso normativo de servicios de atención a la salud materna en el periodo del parto	58
5.6 Uso normativo servicios de atención a la salud materna en el periodo posnatal	60
5.7 Predicciones del uso normativo de los servicios de la atención a la salud materna	62
5.7.1 Probabilidades predictivas de uso de los servicios de atención a la salud materna	62
5.7.2 Probabilidades marginales y efectos marginales de uso de los servicios de atención a la salud materna	62

5.7.3 El tipo de uso de servicios en los tres componentes de la atención a la salud materna según perfiles específicos de las mujeres	64
Capítulo 6 : Conclusión y recomendaciones	66
6.1 Reflexiones acerca de las barreras y los factores protectores del uso normativo de la atención a la salud materna	66
6.1.1 El uso de los servicios de salud materna prenatal	66
6.1.2 El uso de los servicios de salud materna al momento del parto	68
6.1.3 El uso de los servicios de salud materna posnatal	70
6.1.4 El uso de los servicios de salud materna en las regiones administrativas	70
6.2 Propuestas de política pública para la atención a la salud materna.....	72
Bibliografía	79
Anexo A: Creación del índice de autonomía.....	88
Anexo B: Creación del índice de nivel socioeconómico.....	90
Anexo C: Los cuadros adicionales del análisis descriptivo	92
Anexo D: Resultados adicionales para el modelo de MEEG.....	97

Índice de cuadros, figuras, gráficas y anexos

CUADROS

Cuadro 2.1: Evolución de los principales indicadores de salud materna en Haití, 2000-2012	19
Cuadro 4.1: Operacionalización de las barreras de predisposición.....	40
Cuadro 4.2: Operacionalización de las barreras de capacidad	42
Cuadro 4.3: Operacionalización de las barreras de necesidad.....	42
Cuadro 5.1: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V según las posibles barreras de predisposición, Haití, 2012.	48
Cuadro 5.2: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V según las posibles barreras de capacidad, Haití, 2012.....	49
Cuadro 5.3: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS -V según las posibles barreras de necesidad, Haití, 2012.....	49
Cuadro 5.4: Descripción de las usuarias del servicio prenatal en función de las posibles barreras cualitativas en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012	51
Cuadro 5.5: Descripción de las usuarias del servicio de parto en función de las posibles barreras en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	53
Cuadro 5.6: Descripción de las usuarias del servicio posnatal en función de las posibles barreras en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	54
Cuadro 5.7: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención prenatal en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	57
Cuadro 5.8: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención de parto en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	59
Cuadro 5.9: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención posnatal en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	60

Cuadro 5.10: Las probabilidades predictivas de uso normativo de la atención materna en los cinco años previos de la EMMUS-V en valor promedio de cada barrera, Haití, 2012	62
Cuadro 5.11: Las probabilidades marginales en promedio de los covariantes del uso normativo de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.	63
Cuadro 5.12: Las probabilidades marginales ajustadas del uso normativo de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	64
Cuadro 5.13: Las probabilidades ajustadas del uso normativo de la atención materna en función de características específicas de las usuarias en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.	65

FIGURAS

Figura 3.1: Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi	26
Figura 3.2: Modelo de creencias en salud	28
Figura 3.3: Modelo comportamental de uso de los servicios de salud de Andersen R (2001).....	30
Figura 3.4: Modelo teórico del uso de los servicios de salud materna.....	33

GRÁFICA

Gráfica 5.1: Distribución porcentual de las usuarias según el tipo y el componente	50
--	----

ANEXOS

Cuadro A 1: Matriz de correlación policórica para el índice de autonomía, Haití 2012	88
Cuadro A 2: Prerrequisitos del análisis factorial para el índice de autonomía, Haití 2012	88
Cuadro A 3: Análisis factorial para la construcción del índice de autonomía, Haití 2012.....	88
Cuadro A 4: Cargas factoriales y varianzas únicas para el índice de autonomía, Haití 2012	89
Cuadro A 5: Distribución del Alpha de Cronbach por variable para el índice de autonomía, Haití 2012 ..	89
Cuadro B 1: Matriz de correlación policórica para el índice de nivel socioeconómico, Haití 2012.....	90
Cuadro B 2: Prerrequisitos del análisis factorial para el índice de nivel socioeconómico, Haití 2012.....	90
Cuadro B 3: Análisis factorial para la construcción del índice de nivel socioeconómico, Haití 2012	90
Cuadro B 4: Cargas factoriales y varianzas únicas para el índice de autonomía, Haití 2012	91
Cuadro B 5: Distribución del Alpha de Cronbach por variable para el índice de nivel socioeconómico, Haití 2012.....	91
Cuadro B 6: Tabla cruzada del índice de nivel socioeconómico creado y el quintil de riqueza de la EMMUS-V, Haití 2012.....	91
Cuadro C 1: Tabla de frecuencias del uso de la atención materna por nivel, Haití 2012.....	92
Cuadro C 2: Matriz de correlación tetracórica, policórica y poliserial de las variables dependientes e independientes, Haití 2012.....	93

Cuadro C 3: Descripción de las posibles barreras en función del uso de servicios prenatales en las usuarias de la atención a la salud materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití 2012.....	94
Cuadro C 4: Descripción de las posibles barreras en función del uso de servicios de parto en las usuarias de la atención a la salud materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití 2012.	95
Cuadro C 5: Descripción de las posibles barreras en función del uso de servicios posnatales en las usuarias de la atención a la salud materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití 2012.....	96
Cuadro D 1: Prueba de significancia global de modelo de MEEG, EMMUS-V, Haití 2012	97
Cuadro D 2: Estimación de los criterios de Akaike y Schwarz, EMMUS-V, Haití 2012.....	97
Cuadro D 3: Los efectos marginales de los covariantes del uso normativo de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.....	98
Cuadro D 4: Características de la mujer utilizadas para crear el perfil del bajo y alto uso de la atención a la salud materna normativa en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.	98
Gráfica A 1: Distribución de los índices de autonomía y de nivel socioeconómico, Haití 2012	89
Gráfica C 1: Descripción de las variables explicativas continuas del uso de la atención materna, Haití 2012	92
Gráfica D 1: Diagrama del MEEG para el uso de los servicios de salud.	97

Página intencionalmente en blanco

Introducción

Garantizar la salud para todos, “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” es un derecho universal estipulado a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos desde 1948, por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (ONU, 2015:6). Además de satisfacer las necesidades alimentarias básicas, los hogares deben acceder a bienes y servicios de salud con estándares mínimos encargados integralmente o parcialmente por el Estado, ayudándose de la participación del mercado y de la familia (Valencia Lomelí, 2010). La debilidad en el acceso, el uso o en la disponibilidad de atención de salud representa un índice de carencia social cuyo incremento refleja el mayor nivel de pobreza y el menor nivel de bienestar socioeconómico de un país (CEPAL¹- PNUD, 1992; Cortés, 2014).

Desde siempre, la cobertura universal de servicios de salud ha sido un desafío, tanto para el Estado como para la población. En varias regiones del mundo, principalmente las de bajos ingresos o de ingresos medios, la atención a la salud se convierte muchas veces en un bien de lujo para las familias (Manos Unidas, 2012; Martínez, 2004). Sin embargo, la debilidad en el sistema de salud no es únicamente un reto de los países pobres, dado que aquellos desarrollados enfrentan también una alta demanda de atención de salud más especializada, debido a su etapa en la transición epidemiológica y demográfica con una alta incidencia de enfermedades crónicas y emergentes (Ridel, Luis, y Teja, 2004).

A nivel mundial, en 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que al menos 400 millones de personas en el mundo carecen de acceso a los servicios de salud esenciales como vacunación, protección financiera, medicamentos, etcétera; la cobertura de seguro de salud se mantiene alrededor de 32% y más de 1 millón de personas se empobrecen al buscar atención de salud (OMS, 2016a). Los gastos de bolsillos se han convertido en una barrera en el acceso a la atención a la salud y un camino hacia la pobreza de los hogares. Luna (2015) subrayó que estos gastos en salud afectan sobre todo a la población vulnerable, entre otras, a las personas sin seguro de salud, con bajos ingresos que las lleva a una pérdida de activos, sin un empleo formal o las que

¹ Comisión Económica para América Latina y el Caribe

pertenecen al grupo de personas adultas mayores. Las barreras al acceso y uso de servicios de atención a la salud son múltiples, ya sea por características propias de las personas, por limitaciones geográficas, financieras o de recursos humanos. La falta de consensos políticos entre los tomadores de decisión expresados por el laxismo de los gobiernos para desarrollar y asegurar, por medio de las leyes, las infraestructuras para el acceso y uso de los servicios de atención a la salud son también obstáculos coyunturales muy fuertes. Frente a estas limitaciones, los individuos optan por prescindir de la atención médica aun cuando su pronóstico vital está comprometido.

La mayor demanda de servicios de salud por parte de la población femenina no sólo se explica por las necesidades asociadas a la salud reproductiva, sino también, por ejemplo, debido a la longevidad, discapacidad, enfermedades crónicas o salud mental (Wilkins, et al., 2008). Dada la desigualdad de género a raíz de las carencias económicas, educativas, laborales o de actitudes culturales en varias regiones del mundo, las mujeres tienen más problemas relacionados con el acceso y la calidad de la atención que provoca la inequidad de género heredada y transgeneracional. La OMS identificó factores económicos, sociales, políticos, de información, de educación, de tiempo e intrapersonal que afectan el acceso y el control sobre los recursos para alcanzar un nivel de salud óptimo. Además, subrayó que la diferencia entre géneros se acentuaba en la exposición a los factores de riesgo, la inversión familiar en la educación, la nutrición, la salud, así como en el impacto social en la gestión de la salud y la enfermedad (Pedrosa Islas, 2005; WHO², 2015a).

La salud materna es importante, tanto a nivel individual para la mujer como para el mejor desarrollo social en el hogar. Es la bandera de todas las instituciones internacionales y nacionales para mejorar la salud global. Desde la Iniciativa “Maternidad sin Riesgo” de la Cumbre Internacional de 1987, así como en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la mortalidad materna ha sido una preocupación mundial y muchos países apuestan a su descenso para obtener mejores resultados en el sistema de salud, de manera general, y en el componente materno infantil, en particular (ONU, 1994). El nivel de acceso a la salud reproductiva refleja el nivel educativo, de desigualdad, de pobreza o de precariedad de una población (CONAPO, 2017). El problema de cobertura reflejado a través del acceso y uso de los servicios

² World Health Organization.

de atención a la salud materna conducen a una carga de efectos adversos del embarazo, como las discapacidades físicas, mentales y mortalidad materna, fetal o neonatal.

La cobertura de la atención a la salud materna en Haití es muy baja; por lo que la presente investigación pretende responder ¿cuáles son las barreras que limitan a las mujeres el uso normativo de los servicios de salud prenatales, de parto y posnatal en Haití, en 2012? Para lo cual se propone identificar también las barreras y los factores protectores del uso de la atención a la salud materna en las mujeres de Haití que tuvieron al menos un nacimiento en los cinco años previos a la quinta Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y de Utilización de los Servicios (EMMUS) de 2012. Para lograr esta meta, se plantea que algunos factores de predisposición, de capacidad y de necesidad individuales o del entorno de la mujer juegan un rol intermediario en el proceso de búsqueda de los servicios de salud. Para comprobar las hipótesis planteadas, este trabajo está conformado por seis capítulos. En el primer capítulo, se expone el panorama y la importancia de la salud materna, así como los esfuerzos y resultados de la lucha contra la mortalidad materna, a través del mejoramiento del acceso y de la cobertura universal. Se exponen también los beneficios para la mujer y su hijo de un uso adecuado de los servicios de salud en el periodo prenatal, el parto y el puerperio.

El segundo capítulo se centra, fundamentalmente, en las características de las normas recomendadas por la OMS en lo referente a la salud materna. Para ello se mencionan las distintas estrategias internacionales y de cada tipo de régimen gubernamental que aseguran los derechos de los ciudadanos frente al acceso a la salud sin ninguna discriminación. Después se expone la situación actual de Haití, su cumplimiento y los principales retos en preservar o restablecer la salud de su población. También se hace una breve descripción del sistema de salud haitiano, las distintas convenciones internacionales, leyes o decretos que acata Haití en el desarrollo del plan y de los medios de sus políticas de salud. Asimismo, se presenta el panorama del uso de los servicios de salud y de las asignaciones del presupuesto público al sector salud. Al final de este capítulo, se resume la evidencia empírica de investigaciones cuyo interés es dar cuenta de la relación entre las características socioeconómicas, demográficas y económicas de las mujeres y el uso de la atención a la salud materna.

El objetivo del tercer capítulo es sentar las bases para la selección de las características vinculadas con las mujeres que permitan explicar el uso normativo de los servicios de salud en el periodo prenatal, el parto y posnatal. De manera que este apartado se centra fundamentalmente en tres líneas teóricas de investigación: i) una perspectiva económica que puede considerar el lado de la oferta de atención médica a través de la disponibilidad de la infraestructura y de los recursos, o el lado de la demanda por las características individuales y del entorno de las usuarias, ii) el segundo punto de vista teórico se vincula con las ciencias del comportamiento en salud, psicológico, psicosocial o de creencias en salud. Aquellos estudios llaman a veces a conceptos abstractos con investigaciones cualitativas o mixtas, iii) el tercer marco teórico es la teoría del empoderamiento que, desde hace muchos años, se ha convertido en una herramienta para lograr la autonomía de la mujer y ejercer su libertad de decidir el destino propio y el derecho a vivir con dignidad, en referencia a su salud, aunque al principio este fue desarrollado a nivel comunitario. En el desarrollo de esta investigación se identificarán los determinantes del uso normativo de la atención a la salud materna, a partir de la teoría del comportamiento en la salud de Ronald Andersen de 2001, que propuso factores explicativos de predisposición, de capacidad y de necesidad.

En el cuarto capítulo se encuentran los aspectos metodológicos de la investigación. Se muestra la construcción de variables del uso normativo de la atención a la salud materna, así como las variables de predisposición, de capacidad y de necesidad que permiten explicarlo. Se encuentra a continuación la descripción de la EMMUS-V de 2012, que es la fuente principal de información, con sus limitaciones. Al final, se describen las técnicas estadísticas utilizadas, tales como las pruebas de asociación o de mediana entre los tipos de uso normativo y el modelo de ecuaciones estructurales generalizados.

Los resultados del análisis del tipo de uso normativo de la atención a la salud materna en los tres momentos de la maternidad se presentan en el quinto capítulo. Luego del análisis descriptivo, se muestran los resultados del modelo de ecuaciones estructurales generalizados, identificando las barreras y los factores protectores del uso normativo de la atención a la salud materna, según las dimensiones de predisposición, capacidad y necesidad de Andersen (2001) como sus magnitudes. Entre los resultados que destacan en esta sección se pueden mencionar los siguientes: i) a mayor número de hijos, menor es la posibilidad de usar el servicio prenatal, de parto y posnatal de acuerdo

con lo establecido en la normatividad, ii) el problema de la distancia hacia una institución proveedora de atención de salud y la no planeación del embarazo obstaculizan el uso normativo de atención en el periodo prenatal; mientras que la primera es una barrera únicamente en el parto, iii) el mayor número de años de educación, estar en una mejor situación socioeconómica y la exposición a los medios de comunicación son factores protectores en el periodo prenatal y de parto, iv) la historia de muertes neonatales, la residencia en zona urbana y la unión libre formal (common law) o estar casada incrementa la posibilidad de búsqueda de atención apegada a las normas y se diferencian según el componente de la atención materna, v) los departamentos Noreste y Centro se han convertido en los más seguros para continuar con un embarazo respecto al uso según las normas y el Sureste y los Nippes tienen resultados prometedores en la atención prenatal, y al final vi) se confirma el efecto positivo del uso normativo de control prenatal en el uso continuo de atención a la salud materna con las mismas características. Se estimaron también las probabilidades predictivas, marginales y los efectos marginales del uso normativo en los tres componentes de la salud materna, según características específicas de las mujeres y tipo de uso previo de la atención.

El último capítulo describe los elementos propios del sistema de salud de Haití o del entorno sociocultural como probables explicaciones para los resultados de la presente investigación. Entre dichos elementos se encuentran estrategias de políticas de salud pública desarrolladas a través de programas y proyectos enfocados en las poblaciones más pobres en algunas zonas específicas. Por último, se plantean propuestas de políticas públicas en las cuales la cooperación intersectorial y la asignación de recursos para la investigación tendrían que ser parte fundamental de la mejora de la salud reproductiva en Haití, para permitir disminuir las muertes relacionadas con el embarazo, parto o puerperio y que además abran el camino hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible.

Capítulo 1 : Antecedentes en el uso de los servicios de atención a la salud

materna

En la evaluación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) al fin del periodo de 2015, los países lograron escasos resultados respecto a aquellos indicadores relacionados con la salud reproductiva. La mortalidad materna, la cual se define como “la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días posteriores al término de un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”, es un indicador clave de la salud materna y de desarrollo de un país (OMS, 2012). En el mundo en 2015, la mortalidad materna fue de 239 muertes por 100 mil nacidos vivos en regiones en desarrollo contra 12 en países desarrollados, ubicándose el valor más elevado en la región africana. En total, se registraron para este periodo 303 mil muertes por causas vinculadas al embarazo y parto (OMS, 2018). La misma fuente indica que la mayor parte de las muertes son resultado de tres tipos de problemas; un primer grupo se refiere a las propias complicaciones obstétricas como las hemorragias graves, las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), las complicaciones en el parto, los abortos en condiciones inseguras o sin atención médica adecuada; en un segundo grupo aparecen los problemas de salud cuya ocurrencia incrementa la posibilidad de morir durante el embarazo, parto o puerperio, como las enfermedades infecciosas o crónicas y el tercero se refiere a las condiciones que obstaculizan el acceso a los servicios de atención materna, como el bajo uso y acceso a la atención médica como la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia o falta de servicios adecuados y las prácticas culturales. Se pueden analizarlas también como causas directas o indirectas de la mortalidad materna.

Filippi y colaboradores (2006) subrayaron que las muertes registradas son la parte visible del iceberg, puesto que más de 10 millones de mujeres viven con trastornos físicos o mentales a raíz de la maternidad, tales como anemia severa, infertilidad, incontinencia, daños en los órganos reproductivos, fístulas, algunas enfermedades infecciosas o crónicas como la hipertensión, la insuficiencia renal, etcétera. Estas consecuencias -que a primera vista parecen individuales- tienen en realidad impactos importantes en la sociedad. Si bien, la muerte o algunas complicaciones a

raíz del embarazo, del periodo perinatal o posnatal, podrían clasificarse como inevitables en los países desarrollados, la mayoría de ellas está vinculada a las características socioeconómicas de la mujer que vive en los países de bajo ingreso o de ingreso medio. Esta carga de condiciones patológicas es entonces producto de un entorno que hace vulnerable a la mujer; compromete su derecho a la maternidad sin riesgo y aumenta su precariedad ya existente en el mercado de trabajo. Lo cual, aumenta la probabilidad de que caigan en la pobreza extrema.

De 1990 a 2015, se registró un descenso de la mortalidad materna de sólo 45% a nivel mundial, lejos del 75% comprometido; de estas, más de 70% están vinculadas al parto y posparto. La razón de mortalidad materna tuvo el menor decremento en América Latina (40%) y el Caribe (36%). Si bien las muertes maternas de la región de las Américas representan la cuarta parte de la situación mundial, el problema sigue siendo preocupante dada su alta desigualdad (WHO, 2016). Más de la mitad de las muertes ocurren en casa, en las zonas rurales, en las comunidades más pobres, durante el período del intraparto y periparto y son debidas a hemorragias, hipertensión y sepsis, todas ellas prevenibles mediante acceso, disponibilidad y utilización de servicios prenatales, parto y posnatal de calidad. La cobertura de la atención a la salud materna, muy vinculada a la mortalidad de las gestantes, también presenta diferencias notables en sus tres componentes, a saber, el control prenatal, el parto y el control posnatal, siendo mucho más baja entre las poblaciones rurales y pobres de la región (Ronsmans, et al., 2006; García Prado, 2016). En 2016, la cobertura mundial de cuatro visitas prenatales o más fue de 87% en América Latina y el Caribe; la proporción de partos atendidos por personal capacitado fue de 93% (PAHO, 2017b). A pesar de la escasez de datos sobre el último componente que es la atención posnatal, las visitas ni siquiera se llevan a cabo o presenta la cobertura más baja (García Prado, 2016).

La región ocupó una buena posición respecto a los indicadores del uso de atención prenatal y de parto respecto a otra región del mundo. Sin embargo, el éxito reflejado en los indicadores regionales no se puede generalizar a cada país, debido a la profunda heterogeneidad entre ellos. En el periodo de 2008-2010, Cardona señaló que hay grandes brechas en los indicadores de salud materno-infantil y de salud reproductiva entre los países de América Latina y el Caribe, sobresale

una gran desigualdad en la razón de mortalidad materna³ [Chile: 26 vs Haití: 300]; en la tasa de mortalidad infantil⁴ [Cuba: 5 vs Haití: 64] o en la tasa global de fecundidad⁵ [Brasil y Costa-Rica: 1.8 vs Guatemala 4.0] (Cardona, Acostab, y Bertone, 2013).

Los tres componentes de atención a la salud materna, el prenatal, durante el parto y puerperio son benéficos para la mujer y su hijo. El periodo prenatal, situado a la entrada del continuo de atención materna, permite a la mujer conocer el estado de su gestación y recibir atención de prevención, de curación y de educación. En la primera etapa, se identifican los riesgos potenciales de su embarazo, si la mujer es adolescente o mayor de 35 años, las condiciones físicas y los antecedentes patológicos (anemia, hipertensión, diabetes, malaria, infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), etc.). Ella se beneficia también de la inmunización, principalmente para el tétanos, y tratamientos curativos requeridos por condiciones patológicas a través de una serie de visitas planificadas para asegurar un desarrollo óptimo del embarazo. La educación sanitaria debe estar presente en cada visita prenatal para dar a conocer a la gestante, sobre todo a la primeriza, las recomendaciones para vivir bien su embarazo; elegir un plan de parto, así como informarse sobre la atención y la nutrición necesarias en los primeros meses del posparto, para ella y su hijo. La baja atención prenatal según las normas impide un diagnóstico temprano de los riesgos, de potenciales malformaciones congénitas, la detección o prevención de enfermedades transmisibles de la mujer a su hijo, hecho conocido como ‘transmisión vertical’ (WHO, 2007; WHO, 2015b; WHO, 2016).

La OMS no hace recomendaciones específicas respecto al lugar del parto en la medida que se haga bajo la supervisión de personal capacitado como médico, enfermera o matrona profesional. Sin embargo, Snowden y colaboradores (2015) resaltan que la posibilidad de registrar muertes perinatales es 2.45 veces más elevada en un parto no institucional que en uno institucional. Este último se reconoce como un indicador clave de la atención normativa y continúa siendo parte de la estrategia mundial en la reducción de la mortalidad materna. La preferencia por una institución de salud minimiza reveses vinculados con la regla de las tres demoras (Maine, *et al.*, 1997), “asegura la disponibilidad de materiales y de personal calificado para intervenir rápidamente en

³ Por 100 000 nacidos vivos.

⁴ Por 1000 nacidos vivos.

⁵ Hijos por mujer.

cualquier tipo de emergencias y garantiza elecciones de intervenciones médicas apropiadas” para la mujer y su producto. Al contrario, el parto no institucional aumenta el riesgo de infecciones, de discapacidades, de trastornos como fistulas, hemorragia; y para el niño refuerza los riesgos de contaminación por tétanos, VIH u otras enfermedades infecciosas, sobre todo en países en desarrollo. Además de evitar ser víctimas de los efectos adversos del parto fuera de las normas, las mujeres que hacen un uso normativo del servicio institucional aprovechan la información que reciben sobre la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) (WHO, 2007; WHO, 2015b; WHO, 2016)

Existe una panoplia de estudios sobre la atención prenatal o de parto, sin embargo, el periodo posnatal llama menos la atención entre los investigadores. La OMS señala que los 42 días después del parto son muy críticos, dado que la mayoría de las muertes maternas e infantiles ocurren en este periodo (WHO, 2013). Las mujeres que tienen un embarazo dentro de los seis meses del último parto tienen 7.5 veces más riesgo de tener un aborto inducido y 1.6 veces más riesgo de muerte fetal (OMS, 2014b). Las sesiones educativas posnatales ayudan a la mujer a curar y alimentar bien a su hijo; a sensibilizarla sobre la planificación familiar, la lactancia exclusiva y sobre algunas prácticas culturales que pueden poner en riesgo su salud. Mientras que la mujer que elige el parto fuera de una institución de salud debe considerar como necesarias las visitas posnatales en una institución médica (WHO, 2007; WHO, 2015b; WHO, 2016).

Algunos estudios han asociado la buena salud sexual y reproductiva de las mujeres al bienestar social, entre otros, la reducción de la delincuencia, el aumento del bienestar del hogar, el descenso de la tasa de fracaso escolar o la disminución de la incidencia de enfermedades en las edades adultas (FAO, 2002; Goodman, 2003; Hutton, 2006; Cárdenas, 2010). Dado que la mujer constituye la piedra angular del desarrollo social, es relevante realizar un estudio que destaque los factores que influyen en el uso de servicios de la salud materna, sobre todo en Haití, donde la mortalidad materna e infantil son las más altas de la región latinoamericana y caribeña (Cardona, Acostab y Bertone, 2013; OMS, 2016b). En 2013, según el informe anual del Ministerio de Salud Pública y de Población del país (MSPP) respecto al monitoreo de rutina, 19% de las mujeres realizaron al menos cuatro visitas prenatales y un tercio tuvo su primera visita en el primer trimestre. Un poco más de la mitad de los partos registrados fueron institucionales y representaron sólo 51% de los partos esperados. De las recién parturientas registradas, 30% recibió la atención

posnatal antes de 7 días, mientras que la mitad no la recibió (MSPP, 2013). De 2000 a 2012, las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) del país destacaron que el uso de servicios prenatales creció de 79% a 90%, con menor variación en zonas rurales. Además, los partos institucionales aumentaron a 36% en 2012, con un nivel todavía menor a 15% en las mujeres sin instrucción. En el periodo del puerperio, a pesar del aumento de 54%, alrededor de dos tercios de los nacimientos no recibieron la atención posnatal (MSPP, 2012a; WHO, 2016). Examinar las barreras o los factores protectores de la atención de la mujer embarazada o recién parturienta puede aportar información y conocimiento adicionales para el diseño de políticas eficaces y programas sociales específicos relacionados con la salud de la mujer en Haití.

Capítulo 2 : Panorama y retos del uso normativo de los servicios de atención a la salud materna

Según la OMS, la atención materna es uno de los componentes principales de la atención primaria de salud y engloba el periodo prenatal, del parto y posnatal. El último incluye la planificación familiar (PF) considerada como un derecho de la mujer que quiere espaciar o limitar su descendencia. En las nuevas estrategias de planificación familiar de la OMS en 2014, se propuso la integración de la PF en cada componente de la salud materna para disminuir significativamente la demanda insatisfecha (OMS, 2014a). Para la gestante, la parturienta o la púérpera, el periodo prenatal, de parto y posnatal son pasos sucesivos en el continuo de atenciones maternas. Además, existe un estrecho vínculo entre el uso preceptivo del control prenatal, del parto y de la atención posnatal (Rai, Singh, y Singh, 2012). La salud universal, planteada como base del diseño y de la aplicación de políticas públicas, comprende el acceso universal y la cobertura universal. La última, que anteriormente se relacionaba únicamente con los modelos de búsqueda de servicios, hoy abarca también las barreras reconocidas como ‘determinantes de la salud’, porque limitan el pleno acceso a un consumo real de las prestaciones disponibles. La salud materna e infantil están destacando como problemas críticos que comprometen el desarrollo de la región América Latina y el Caribe (PAHO, 2017).

2.1 Normas y estrategias para la mejora en el uso de los servicios de atención a la salud materna en el mundo

El nuevo manual de control prenatal de 2002 de la OMS, así como las recomendaciones adicionales hechas en 2015 y 2016, presentan las normas de prestación y de evaluación de la salud materna (WHO, 2002; WHO, 2015; WHO, 2016). Respecto a las recomendaciones, la atención prenatal normativa debe ser capaz de identificar a la mujer que necesita atención de rutina y a la que necesita atención más especializada. También debe ser capaz de orientar a la gestante con eficiencia y parsimonia. Se establecen cuatro visitas como mínimo para la mujer que no presenta riesgo en el embarazo. La primera visita prenatal se debe llevar a cabo en el primer trimestre o antes de la duodécima semana de gestación. Las dos visitas que siguen deberían espaciarse 12 semanas y realizar la última alrededor de la semana 36 o 38. Básicamente, este nuevo modelo propone cuatro visitas con requisitos específicos, contrario al modelo anterior a 2003, que recomendaba tres. En

todos los controles prenatales, la mujer debe ser atendida por personal capacitado, es decir por médicos, obstetras, enfermeras o parteras profesionales. Las actividades incluidas en el componente básico para el período prenatal “se dividen en tres áreas generales: estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos; intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas; y educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas”⁶ (WHO, 2002: 10).

La atención en el parto debe ser por personal capacitado debido a la alta probabilidad de muerte materna en este periodo crítico. En la evaluación del sistema de salud de los países, el gran acceso y el uso normativo de los servicios del parto se refleja en el descenso de la mortalidad materna, por la alta cobertura de parto institucional de salud y asistido por personal capacitado. Se reconoce la influencia positiva de las visitas prenatales tempranas en el desarrollo de un parto seguro (WHO, 2007). Una quinta visita en el componente básico del nuevo modelo de OMS está relacionada con el posnatal mismo, que es el seguimiento obligatorio del parto a fin de favorecer los primeros auxilios del neonato, monitorear las posibles complicaciones después del parto y satisfacer las necesidades de anticoncepción de la mujer. Para que sea óptima, debería tener lugar antes de las 24 horas posteriores al parto institucional. Si el parto no es institucional, debería ser lo antes posible, dentro del transcurso de las 24 horas o en los dos primeros días. Se sugieren tres contactos posnatales adicionales, al tercer día, entre el séptimo y decimocuarto día y a la sexta semana después del parto (WHO, 2002; WHO, 2007; WHO, 2015; WHO, 2016).

En la Conferencia Internacional en 1978, la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud expresó las necesidades y las acciones urgentes a emprender para reposicionar el acceso a la atención primaria de salud como asistencia sanitaria esencial y universal. Basado en el Nuevo Orden Económico Mundial, la OMS propuso integrar *la salud con dignidad para todos* como un objetivo a alcanzar en el año 2000 (OMS, 1978). Además de la contribución del sector salud, alentó la participación de todos los países a nivel internacional y de todos los sectores a nivel nacional.

⁶ Los estándares y las estrategias para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal para la salud materna universal están presentados con detalle en un documento especial de la OMS, según estas líneas: las intervenciones nutricionales, la evaluación materna y fetal, las medidas preventivas, las intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes y las intervenciones en los sistemas de salud (WHO, 2007).

En 1994, en la víspera del milenio, se propuso la Iniciativa “Maternidad sin Riesgo” en la CIPD, que clasificó la alta mortalidad materna como problema de salud pública (ONU, 1994). En 2000, mejorar la salud materna fue uno de los ocho ODM que se concretaría a través del descenso de la mortalidad materna en 75%, el aumento del acceso al servicio prenatal, de parto y de planificación familiar tomando como punto de referencia los niveles registrados por los países en 1990 (ONU, 2015b). En 2013, en la primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo (CRPD), 33 países de América Latina y el Caribe aprobaron el Consenso de Montevideo, que incluye más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la CIPD. De aquellas directrices, ochos son prioritarias y directamente relacionadas con la salud materna (medidas prioritarias 39 a 46).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015 establecen los mismos desafíos en la agenda de desarrollo internacional para 2030. A nivel mundial, se apunta un descenso en la razón de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos; que se garantice el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y una mejora en la cobertura sanitaria universal a través del acceso a los servicios esenciales de calidad, seguros, eficaces, asequibles (ONU, 2017). Los recursos para llegar a este resultado no son de lo más obvios. Según la Organización Mundial de la Salud, a través de la economía mundial, estos cambios crearían una mayor demanda de personal sanitario. Se preveían 40 millones de nuevos empleos en el sector salud para la mayoría de los países de ingresos medios y altos; también se preveía un déficit de 18 millones de personal sanitario en los países de ingresos bajos y medios-bajos, debido a la alta migración interna o internacional de este personal.

Respecto al reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS⁷) en 2016, la cobertura de la salud en Haití es de 28%, cuando la EMMUS de 2012 lo estimó en alrededor de 4% para las mujeres que tuvieron un nacimiento en los último cinco años; además, dos de cada tres pacientes no han buscado atención médica por falta de dinero. En el mismo período, se registraron 2.3 médicos y 3.5 enfermeras por cada 10 mil habitantes con discrepancia significativa entre los departamentos, contra 17.6 y 14.3 para la región América Latina y Caribe respectivamente. Los hogares más pobres gastaron más de tres cuartas partes de sus ingresos en alimentación. Del país han migrado más de 750 mil personas, aún más con un perfil de emigración

⁷ Por sus siglas en inglés “PAHO”.

de personas calificadas. En 2013, la evaluación de la oferta de los servicios de salud resaltó que 43% de las instituciones ofrecieron atención a la maternidad y 10% tuvieron unidad de cesárea 24 horas siete días a la semana (MSPP, 2012a; MSPP; IHE; ICF, 2014; PAHO, 2017a; PAHO, 2017b). Llegar a unos resultados exitosos en 2030 parece idealista o utópico en países donde la razón de personal de salud ya era menor a las normas internacionales, por falta de recursos para su formación y retención (OMS, 2009; 2013).

La mejora en los sistemas de salud en América Latina pasaría inevitablemente por factores demográficos, económicos y sociales, este último incluyendo al sector salud. Particularmente, Luna y Flores (2012) indican la urgencia de desarrollar políticas en el cambio de la dinámica poblacional, en la reducción de la desigualdad, en crear condiciones económicas favorables, asimismo acrecentar el acceso a la atención primaria y la reducción de muertes maternas e infantiles. Hacia una cobertura del acceso a la atención médica eficaz y universal, la integración de la salud al plan de desarrollo nacional o de políticas públicas toma forma distinta según el tipo de régimen gubernamental. Algunos gobiernos van detrás de la cobertura universal, a fin de garantizar una adecuación entre las necesidades y la oferta de los servicios de la salud. En 2000, los sistemas de salud de Francia, Italia y varios otros países de Europa estuvieron entre los clasificados con una excelente cobertura de atención con calidad, aunque varios investigadores comparan la cobertura universal promovida por la OMS más a un paradigma o un modelo de tipo ideal. Con frecuencia, otros países prefieren desarrollar políticas públicas limitadas y acordes con los recursos disponibles, donde la salud pueda estar a cargo de distintas combinaciones de roles entre los tres actores principales, a saber, el Estado, el mercado y la familia. A la diferencia del Estado de bienestar, cuando el mercado y la familia se encargan de satisfacer las necesidades de salud básicas, el acceso a la salud dista del principio de equidad y los más vulnerables pagan el precio más alto. Entre ambos tipos de régimen se encuentran algunos países tratando de subsanar las necesidades básicas, desarrollando políticas públicas de salud a través del modelo de “Paquete Básico de Salud”. Esta elección racional, que se esfuerza en canalizar los recursos públicos con parsimonia y eficiencia, tendría que resolver los problemas sociales más importantes (WHO, 2000; Valencia Lomelí, 2010; Moreno-Serra y Smith, 2012; The Lancet, 2012; Kieny y Evans, 2013).

Desde la declaración de Alma Ata, la salud materna es parte de los rubros de los paquetes básicos de servicios, está pues considerada como una de las prioridades nacionales (Valencia

Lomelí, 2010; Arrivillaga y Borrero, 2016; Stephen *et al.*, 2006). Al principio del milenio, algunos países como Costa Rica, Argentina o Cuba destinan más del 6% del Producto Interno Bruto (PIB) como gasto público de salud, enfocándose sobre todo en aumentar la cobertura universal del seguro de salud, asumiendo que a veces el acceso es la barrera estructural más fuerte para los usuarios. Sin embargo, otros países como Honduras, Venezuela o Haití, cuyo gasto público promedio es menor, ya sea por recursos financieros limitados o por ausencia de consenso político nacional, intentaron responder a dicha demanda mediante la aplicación de Paquetes Básicos de Salud funcional, particularmente en el primer nivel de la organización de la atención. Brasil o México han mezclado un poco de ambas estrategias (Mesa-Lago, 2005).

2.2 Normas para la salud materna en Haití: retos y cumplimientos

Los artículos 2, 19 y 23 de la constitución de 1987, enmendada en 2012, garantizan el derecho a la vida, a la salud sin discriminación por lugar de residencia, cultura o lengua en referencia a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (République d'Haïti, 1987; 2012). El Estado tiene también la responsabilidad de proteger, mantener y restablecer la salud de la población a través de infraestructuras médicas funcionales. El decreto de 2006, que regula la reorganización del Ministerio de Salud Pública y de la Población, reafirmó el papel de este último como garante de la salud de la población. A dicha institución se asigna la misión de desarrollar y aplicar de manera multisectorial la política nacional de salud y favorecer la promoción del bienestar físico, mental y social de la población (République d'Haiti, 2006).

Las reformas en la política sanitaria de entre 1996 y 1998 fueron más estructurales que sociales y se enfocaron en la implementación del *Paquete Básico de Servicios*, que es el modelo de organización de la atención sanitaria, y en la descentralización hacia las *Unidades Comunes de Salud (UCS)* que son las divisiones territoriales y administrativas (PAHO, 2003). La nueva Política Sanitaria de 2012 para los próximos 25 años tiene la meta de hacer funcionar todas las Unidades Administrativas de Salud (UAS), la nueva división basada en el modelo de descentralización en vigor desarrollado por el Ministerio de Colectividad Territorial del país, así como reorganizar la atención sanitaria a través del *Paquete Esencial de Servicios*, que es la nueva estrategia para proveer atención primaria a la población.

La salud de la mujer y de la madre es parte de los 10 componentes⁸ de esta nueva configuración del nuevo paquete básico ofrecido a nivel primario, secundario y terciario de la organización de la atención. Su misión es:

“acordar las orientaciones generales establecidas por el MSPP en su Plan Director 2012-2022; explorar el conocimiento empírico de las necesidades, procedentes de la experiencia acumulada por los actores del sistema; aprovechar la oferta existente, consolidar y mejorar los beneficios actualmente disponibles en el sistema; racionalizar las opciones teniendo en cuenta los criterios económicos, técnicos y políticos” (MSPP, 2015:17, traducción propia).

Haití apunta a una cobertura universal de la salud materna por el aumento del uso de servicio prenatal, de parto y posnatal, así como a un mayor acceso a su programa de planificación familiar a través de la mejora en la accesibilidad a las instituciones de salud y en la formación de personal capacitado. El país también acata las normas de la OMS en el desarrollo e implementación de su política de salud materna a través del Plan estratégico trienal de la Salud Reproductiva (2012-2016), que contiene los siguientes seis compromisos relativos a los ODM:

“ a) Reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar para el año 2015 de 38% a 10%; b) Establecer, a partir del primer trimestre de 2013, un Comité Nacional Coordinador Multisectorial para informar cada seis meses sobre el progreso en la implementación de acciones prioritarias de salud materna, neonatal y planificación familiar; c) Hacer funcionar, para el año 2015, los servicios obstétricos y neonatales de emergencia (SONU) de las 108 instituciones de salud identificadas, a fin de cubrir las necesidades nacionales; d) Implementar un plan de desarrollo y gestión de recursos

⁸ El Paquete Esencial de Salud se relaciona con los 10 componentes siguientes: la salud de la mujer y de la madre, la salud infantil, las enfermedades transmisibles, la nutrición, las enfermedades crónicas, la atención oftalmológica y visual, la salud mental, la atención quirúrgica, la atención bucodental y la emergencia y cuidados intensivos (MSPP, 2012c; MSPP; IHE; ICF, 2014)

humanos para la salud materna, neonatal y en la planificación familiar; e) Desarrollar e implementar un plan de desarrollo de salud comunitario enfocado en la salud materna, neonatal y en la planificación familiar y; f) Establecer, antes de 2015, un mecanismo financiero funcional para la atención gratuita en los puntos de entrega de los servicios de atención materna, neonatal y de planificación familiar, con miras a lograr un sistema de protección social” (MSPP, 2012:6, traducción propia).

El sistema de salud en Haití está compuesto por tres sectores: el sector público, administrado por el MSPP; el sector privado, que agrupa a los establecimientos de salud con fines de lucro, que es dirigido por inversionistas o grupos financieros, y las instituciones sin fines de lucro, que funcionan con subvenciones externas y donde los profesionales ejercen por cuenta propia. El tercer sector está formado por las instituciones mixtas, donde el Estado contribuye con los salarios y de los costos administrativos se encarga la parte privada (sobre todo las organizaciones no gubernamentales y las comunidades religiosas). A los sectores se añaden las instituciones paramédicas y las de formación médicas (IHE y ICF, 2014).

A través del documento de las Cuentas Nacionales, entre 2013-2014 se refleja una mejora en el sistema de salud. El financiamiento público aumentó respecto a 2011 y representó 8.2% del PIB, con un gasto anual per cápita en salud de 66\$US. Un poco más de la mitad de los gastos públicos fueron cargados por el sector público, mientras la tercera parte estuvo a cargo de los hogares (MSPP, 2017). Sin embargo, a pesar de dichos esfuerzos, el país no ha logrado cumplir los compromisos internacionales respecto a la salud materna, dado que entró en la carrera de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con un sistema de salud debilitado por el golpe militar de principio de 1990, el cual empeoró con la crisis política de 2004 y el terremoto del 2010. Además, existió una fuerte ausencia de consenso político en la salud que se reflejó en la escasa alocución del presupuesto público cuando más de 57% del gasto total y 90% del financiamiento a la inversión en la salud provenía de la cooperación internacional entre 2013-2014 (MSPP, 2017).

Hace más de dos décadas que Haití se sitúa en el nivel bajo en la clasificación de los sistemas de salud de los países en las Américas. En la última evaluación mundial de los ODM (2000-2015) y en la pre evaluación para los ODS por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME,

por sus siglas en inglés), Haití ocupó la posición 145 entre 188 países con índices muy bajos para ambos grupos de objetivos⁹. En este informe, todos los indicadores relacionados con la mortalidad materno infantil (mortalidad materna y la mortalidad neonatal) se quedan por debajo de 50% y la Cobertura Universal de la Salud (UHC, por sus siglas en inglés) materna, expresada por la cobertura adecuada de visitas prenatales, del parto asistido por personal capacitado y del parto institucional, se mantienen en alrededor de 56% (GBD 2016 SDG Collaborators, 2016). Los éxitos de 2013 no eran sostenibles y la entrada en los ODS no se hace con mejores avances. En 2017, el reporte “Salud en las Américas +”, publicado tras la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana, resaltó que Haití fue parte de los países con bajo Índice de Desarrollo Humano (IDH), de Desigualdad de Género (IDG) y otros indicadores del sistema de salud. Además, en el último quinquenio, invirtió menos de 2% de su PIB en la salud, cuando el mínimo era de 6% (PAHO, 2017a).

Los resultados anteriores reflejan las debilidades estructurales y políticas en la salud en su conjunto. Los indicadores clave de la cobertura de la atención materna tampoco han registrado progreso significativo. Desde el año 2000, a través de las tres Encuestas de Mortalidad, Morbilidad y de Utilización de Servicios (EMMUS), se registró un aumento en la proporción de mujeres en edad reproductiva; un leve aumento en la prevalencia de uso de anticoncepción, así como un leve descenso en la edad mediana de la primera relación sexual y la primera unión (MSPP, 2000; MSPP, 2006; MSPP, 2012). Las últimas variables son susceptibles de aumentar la demanda de atención materna, mientras los indicadores de uso de servicios maternos reportados posteriormente continúan registrando leve mejora (véase cuadro 2.1).

Aunque la Razón de Mortalidad Materna (RMM) presentó un descenso de 43% de 1990 a 2013 en Haití, 359 defunciones maternas por 100 mil nacidos vivos era la más alta de la región para 2014 (WHO, UNICEF¹⁰, UNFPA¹¹, y Bank, 2014). La encuesta EMMUS-V de 2012 reveló que 67% de las mujeres embarazadas tuvieron las cuatro visitas prenatales; la asistencia al parto por personal capacitado estuvo cerca de 37% y el parto institucional sigue presentando una pauta escasa (36%). Este último tiene efecto directo en las muertes maternas e infantiles, de infecciones o de discapacidades asociadas.

⁹ 31/100 para los Objetivos del Milenio y de 41/100 los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

¹⁰ United Nations International Children's Emergency Fund

¹¹ United Nations Population Fund

Cuadro 2.1: Evolución de los principales indicadores de salud materna en Haití, 2000-2012

INDICADORES DE SALUD MATERNA	EMMUS III (2000)	EMMUS IV (2006)	EMMUS V (2012)
Cobertura adecuada de 4 visitas prenatales o más (%)	42.2	53.8	67.2
Cobertura de la atención prenatal por personal capacitado (%)	79.0	85.0	90.3
Número de meses promedio en la primera visita	3.8	3.5	3.5
Ausencia de atención prenatal (%)	19.0	13.8	9.4
Parto asistido por personal capacitado (%)	23.8	26.1	37.3
Parto en casa (%)	76.3	74.8	62.7
Parto institucional (%)	23.2	24.7	35.9
Cobertura posnatal adecuada (antes de 48 horas) (%)	ND ⁽²⁾	25.2	31.9
Mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos	523.0	630.0	359.0 ⁽¹⁾
Cobertura posnatal adecuada (antes de 24 horas) (%)	ND ⁽²⁾	3.7	4.8
Ausencia de atención posnatal (%)	ND ⁽²⁾	74.8	68.7
Mortalidad neonatal por 1,000 nacimientos	32.0	25.0	31.0
Cobertura en seguro médico de las mujeres (%)	ND ⁽²⁾	ND ⁽²⁾	3.5
Tasa Global de Fecundidad	4.7	3.9	3.8
Edad media y (mediana) de la primera unión [25-49 años]	20.2 (19) ⁽³⁾	20.4 (19) ⁽³⁾	21.8 (20)
Edad media y (mediana) de la primera relación sexual [20-49 años]	17.1 (17)	18.1 (17)	18 (17)
Necesidad insatisfecha en PF	39.8	35.7	35.3

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas DHS-Haití. EMMUS III, IV y V.

(1) Estimación de la OMS en 2014.

(2) Estos datos no fueron estimados en estas encuestas.

(3) Estos datos se relacionan con la edad al primer matrimonio.

La cobertura de atención postnatal dentro de las 24 horas posteriores al parto es sólo de 5% y más de dos tercios de las parturientas no recibieron atención aún dos días después. Además, este déficit en el uso de servicios de salud persiste también por departamentos y por región urbana/rural (MSPP, 2012a). Este bajo uso de la atención posnatal se reveló como un factor favorecedor del aumento de la mortalidad materna y neonatal, debido a la ausencia de una revisión inmediata después del parto que podría revelar los signos precursores de muerte de la mujer o de su producto por bajo uso, baja disponibilidad o baja calidad de los servicios de atención neonatal. Asimismo, el aumento en 2012 de la mortalidad del niño en su primer mes de vida se puede ver como la consecuencia del terremoto de 2010, que se sitúa a medio camino del período retrospectivo de la encuesta. Con la escasa cobertura de seguro médico, la búsqueda de la atención a la salud podría ser vista como un factor contributivo a aumentar la pobreza extrema (Banco Mundial, 2012). Existe una necesidad urgente de analizar las características demográficas, económicas y sociales que hacen persistir la mala posición del país en la salud materna desde hace más de dos décadas.

2.3 Factores explicativos del uso de los servicios de atención a la salud

materna

La optimización del uso de los servicios de atención materna está comprometida por factores individuales, familiares, organizacionales y sistémicos en casi todos los componentes de la atención materna. Acosta (2010) indica que 87.2% de las barreras al acceso están del lado de la demanda, es decir de las características de los usuarios o de la configuración de su entorno espacial o social. Un estudio en Camerún reveló que el nivel de instrucción de la mujer y del marido, el estatus matrimonial, el ingreso, la edad, la paridad, los antecedentes obstétricos de la mujer, la religión en interferencia con las creencias, percepciones y prácticas socioculturales son considerados como principales obstáculos a la salud maternal (Bonono y Ongolo-Zogo, 2012). En el Sureste de India y en Nigeria, la utilización de la atención materna está asociada al lugar o al tipo de servicios de salud que se proveen. La cobertura de la utilización de servicio prenatal es muy baja para las madres adolescentes y para las mujeres multíparas, las últimas creen tener mayor conocimiento de su maternidad mientras las adolescentes son víctimas de estigmatización respecto a su embarazo precoz. En cambio, se incrementa la utilización del servicio prenatal con el nivel de educación superior de la mujer y de su pareja, con la mejora de la calidad de su vida y si tienen un historial de exposición frecuente a los medios de comunicación masiva y aborto (Navaneetham y Dharmalingam, 2002; Rai, Singh, y Singh, 2012). El nivel de educación y el lugar de residencia son un buen predictor de la elección de parto institucional. Adicionalmente, Ononokpono y Odimegwu (2012) recomiendan que, para la sensibilización de la mujer respecto a la salud materna, se deben elegir estrategias comunitarias o de grupos en vez de aquellas individuales dado que la pertenencia a algún grupo étnico influye en el comportamiento de la mujer al momento de buscar atención médica.

Los medios de comunicación masivos fueron utilizados, inicialmente, en la esfera comercial acerca de la producción y el consumo de bienes y servicios, con la finalidad de conformar las creencias y los hábitos individuales y sociales. Sus resultados incuestionables los convierte en un factor para cambiar el comportamiento o conductas en las personas que pueden beneficiar a la salud pública, aunque pueden constituir también un vehículo de desinformación. A pesar de los posibles efectos adversos, la exposición a los medios de comunicación facilita o influye el cambio

en el comportamiento y su frecuencia depende de otras características sociodemográficas individuales y del entorno directo de las personas (Martos, 2010; Acevedo y Istúriz, 2013).

En Estados Unidos, el uso de los servicios de salud está relacionado con problemas de cobertura del seguro de salud que afecta más a las personas de mayor edad, con nivel alto de pobreza o de raza negra o hispana (Andersen, Davidson, y Baumeister, 2001). En Colombia y en Brasil, las barreras más relevantes con relación al acceso y uso de servicios de salud, de manera general, son la accesibilidad geográfica, el costo de los servicios, el periodo de espera, la cobertura del seguro, la disponibilidad de recursos físicos y la infradotación de personal médico (García-Subirats, *et al.*, 2014). Un estudio basado en los componentes de atención prenatal, del parto y posnatal en Colombia destacó una inequidad o brecha en las mujeres indígenas y afrodescendientes vinculada principalmente a los retos geográficos, económicos y la poca confianza en los médicos (Noreña-Herrera, *et al.*, 2015).

En México, Cárdenas (2010) identificó que, en el acceso, uso u otros componentes de la salud existen diferenciales considerables entre las regiones y entre subgrupos territoriales como la población indígena, la cual se coloca en posición menos favorable; presentan una insatisfacción en las necesidades básicas de hasta 40% superior que el nivel nacional. Además, la autora indicó que el acceso a los servicios de salud está reflejado a través de la inserción laboral y la capacidad de pago, donde el acceso se relacionó con la cobertura de seguro social de los derechohabientes. Después de 2001, la capacidad de pago, además de informar sobre los derechohabientes, se relacionó también con los afiliados al Seguro Popular mientras estuvieran fuera del mercado de trabajo.

En Bolivia, el país en Latinoamérica que se colocó en segundo lugar respecto a la alta mortalidad materna, el 33% de los nacimientos no son institucionales. Por las condiciones vinculadas a países en desarrollo en el acceso, cobertura y operación de los sistemas de salud, especialmente los de mayor rezago socioeconómico, aunado a las propias características de las mujeres en términos de planeación del embarazo y condiciones de salud, hacen que los partos en casa sean de gran riesgo y un potencial indicador de obstáculos al acceso a la atención médica. Además, existe -como en México- una gran disparidad entre los diferentes departamentos cuya población es mayoritariamente indígena, que con frecuencia son víctimas de marginación social. En esos pueblos, la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo, parto y postparto es mayor, por bajo uso o poco acceso a la atención médica, o por rituales medicinales arriesgados (WHO,

2001). Utilizando los factores de predisposición, de capacidad y de necesidad de Andersen (que se presentarán en un capítulo posterior), García-Subirats y colaboradores (2014) resaltaron que la utilización de los servicios de salud crece con la presencia de una emergencia o de enfermedades crónicas.

Pocos estudios han explorado en qué condiciones la mujer busca atención de salud materna en Haití. En un análisis longitudinal por autopsia verbal de 12 muertes maternas, las familias reconocen como una barrera la percepción negativa que de los servicios médicos tienen las mujeres. Este estudio pone de manifiesto que 67% de las mujeres tiene la intención de buscar atención de salud, pero lo hace una proporción menor (Barnes-Josiah, Myntti, y Augustin, 1998). Un estudio, a partir de la encuesta EMMUS-2000, resaltó que la distancia y la mala accesibilidad relacionada con el terreno montañoso reducen la posibilidad de que las mujeres asistan a los servicios prenatales y utilicen el parto institucional según los estándares. Sin embargo, si existe la presencia de personal comunitario de salud, aumenta la probabilidad de que eso se cumpla. Además, otro hallazgo fue que disminuye la probabilidad de beneficiarse de los servicios de parto de calidad si la mujer vive en vecindades pobres (Gage y Calixte, 2006). Aunque la calidad de la atención no será abordada en este trabajo, es importante subrayar que la mejora del acceso no es un prerrequisito para recibir atención de alta calidad. En este sentido, a partir de la EMMUS-2012, Gage y colaboradores (2017) destacaron que aun cuando 91% de la población haitiana reside a no más de 5 km de un establecimiento de salud, solo 23% recibiría un servicio de alta calidad. Nuestra conjetura, siendo independiente de la calidad de la atención, plantea que el acceso a los servicios de salud para todas las mujeres embarazadas es un requerimiento que debe cumplirse como derecho universal e indivisible.

Los desafíos vinculados a las mujeres, mencionados anteriormente, tienen un peso fuerte en el proceso hacia el uso de atención a la salud materna, especialmente en los países en desarrollo. El bajo uso de los servicios prenatales, de parto y posnatales refuerza la conjetura de la presencia de elementos con características poblacionales o contextuales que contrarrestan el flujo continuo de atención para la mujer embarazada (García-Subirats, *et al.*, 2014). De esta percepción de obstáculos surge la siguiente interrogante: ¿cuáles son los factores explicativos que limitan el uso normativo de los servicios prenatales, de parto y posnatales por parte de las mujeres en Haití en 2012? La literatura disponible da evidencia que la elección no es deliberada. Este trabajo se propone explorar las razones por las cuales existe un bajo uso de los servicios de salud en las

mujeres embarazadas, parturientas o madres recientes. Resaltar las barreras ayudará a poner en marcha políticas de salud pública eficaces que enfrenten los retos demográficos, socioeconómicos y culturales y para propiciar una mejora en la protección a la salud de la mujer y de su hijo.

Capítulo 3 : Marco de referencia

3.1 Conceptualización del uso de los servicios de salud

En la segunda mitad del siglo XX, se publicaron muchos escritos acerca de *la calidad, del acceso y del uso* de servicios de salud. Se empezó a cuestionar acerca de los marcos teóricos, conceptuales, metodológicos y las relaciones de los servicios de salud con la *disponibilidad, la accesibilidad o la cobertura*, cuyas definiciones no fueron aceptadas por unanimidad. Dentro de estos cuestionamientos, Beck (1973) planteó que el acceso es un término abstracto que se conceptualiza tras el uso. No se puede concebir el uso de servicios en ausencia del acceso a ellos. Donabedian (1973), quien es un pionero en el tema, señaló que el acceso es estructural, vinculado a la organización del sistema de salud. De ahí que la fragmentación, la ineficiencia en la prestación de los servicios de salud y las políticas sociales debilitantes pueden limitar el pleno acceso. La disponibilidad de atención médica se refiere a la existencia de los recursos con la capacidad de producir servicios. Definió la accesibilidad “como algo adicional a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Incluye aquellas características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales” y lo dividió en dos tipos. Consideró como accesibilidad socio-organizacional “las características de los recursos que no son de carácter espacial y que facilitan u obstaculizan los esfuerzos de los clientes para obtener atención” y la accesibilidad geográfica comprende las “medidas de fricción del espacio” (Donabedian, 1988: 497).

Frenk (1985) hizo la demarcación conceptual y metodológica de los términos ‘acceso’, ‘accesibilidad’, ‘disponibilidad’ y utilización para elucidar la eventual ambigüedad apoyándose de los recursos teóricos de Donabedian. Considera la accesibilidad como características de los recursos en la organización y el financiamiento a la atención de salud. La accesibilidad se restringe al proceso de buscar y recibir atención y agrupa fenómenos como “las creencias en la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor o la incapacidad, los cuales determinan el deseo de atención. Bajo este enfoque, el estudio del acceso se hace idéntico a lo de los determinantes de la utilización de servicios” (Frenk, 1985:439). Chen (1978) creó un índice temporal de acceso compuesto de un conjunto de variables como el tiempo de desplazamiento del paciente a la fuente de atención, el tiempo de espera para obtener una cita y el tiempo en la sala de

espera. Penchansky y Thomas (1981) reunieron los aspectos de ubicación bajo la etiqueta de accesibilidad cuando el acceso sería un concepto más amplio que abarca la disponibilidad y la factibilidad de pagarlo.

En esta investigación, refiriéndose a Donabedian y a Frenk, se adopta la definición de acceso como factores explicativos del uso. Denota pues “la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención... se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”. La accesibilidad sería uno de los determinantes del uso de servicios de salud conceptualizada por el índice temporal de Chen y el de la ubicación de Penchansky y Thomas, mencionado anteriormente. *El uso de servicios de salud es el traspaso de las barreras de acceso para el consumo real* (Frenk, 1985: 442). En la sección siguiente presentamos varios marcos teóricos y metodológicos para el diseño del uso de los servicios de salud que difieren según la adaptación de los autores o de la interpretación del concepto.

3.2 Marco teórico

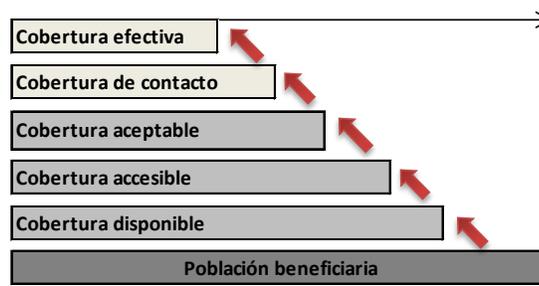
3.2.1 Modelo económico

Los primeros marcos presentados en esta subsección son teorías relacionadas con la economía de la salud que planteó la necesidad de un equilibrio entre la oferta y la demanda. Considerando el poder adquisitivo de los clientes, es importante buscar una mejor adecuación entre la producción y los recursos. A continuación, se presentan las teorías de creencias en la salud, la teoría de comportamiento en la salud que se enfoca en la elección individual donde la mano invisible del mercado tendrá poco efecto. En el cierre del capítulo, se presenta la teoría del empoderamiento, vinculada de manera específica a la salud materna.

La aplicación de la economía en la salud apareció en la mitad del siglo XX y fue una aportación de Selma Mushkin, quien predijo dificultades de financiamiento debido a la rapidez en el desarrollo tecnológico en este sector (Mushkin, 1958; Rebelo, 2007). Dos décadas después, Tanahashi (1978) presentó el modelo de la cobertura efectiva en el que la calidad de la atención de salud se consideró como la adecuación entre la oferta y la demanda. El uso de servicios debe

ser *normativo*, con la meta de alcanzar una proporción de la población destinataria; de ser *efectivo* cuando esta proporción representa una población de usuarios de servicios de suficiente calidad para tener impacto en el sistema (Figura 3.1). La cobertura es eficaz cuando logra la *disponibilidad*, que es el número de personas para quienes el servicio es ofrecido; la *accesibilidad*, que equivale al número de personas que pueden usar el servicio; la *aceptabilidad*, que es el número de personas que quieren usar el servicio y *el contacto*, que es el número de personas que usan el servicio; todos ellos son indicadores de secuencia en la medición del número de personas que emplean un servicio efectivo. El autor advierte que la utilización como proporción nominal refleja poco el bienestar y el cumplimiento de los derechos de salud universal (Tanahashi, 1978).

Figura 3.1: Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi



Fuente: Tanahashi, T., 1978. *Health service coverage and its evaluation*. *Bulletin World Health Organization*, 56(2), 295-303.

El acceso y la utilización de los servicios de salud también pueden verse a través de la lógica del equilibrio mercantil, donde la satisfacción es la medida de ajuste entre los servicios y la expectativa del cliente. Thomas y Penchansky (1984) rechazaron la hipótesis según la cual el bajo acceso explicado por las características de la población entraña la baja utilización de los servicios, subrayaron la existencia de brecha de uso entre poblaciones casi homogéneas y propusieron un enfoque multidimensional, explicando el uso a partir de la *disponibilidad* (relación entre el volumen de recursos y el volumen de clientes y de necesidad); de la *accesibilidad* (relación entre la localización de la oferta y la localización de los clientes); de la *acomodación* (la relación entre la organización de la atención, la *capacidad de adaptación* de los clientes respecto a dicha oferta de infraestructuras) y de la *aceptabilidad* (la actitud de los clientes respecto a las características de los proveedores de atención de salud).

Levesque y colaboradores (2013) ofrecieron un marco teórico del acceso a la salud para facilitar la construcción de variables de interés para el uso de servicios haciendo una demarcación

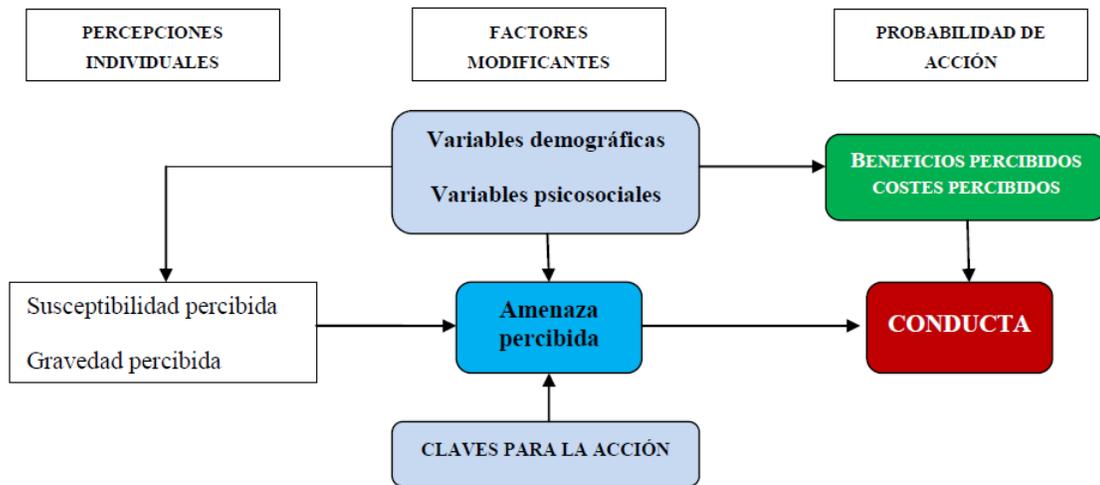
entre la necesidad, la búsqueda, el logro y el uso del servicio de salud. Adaptó un enfoque multidimensional que cuenta con cinco dimensiones de la accesibilidad y cinco habilidades que son características de la población, combinando la oferta y la demanda. Del lado de la oferta, la accesibilidad debe ser alcanzable, aceptable, disponible y acomodable, abordable y asequible. Del lado de la demanda, la población debe detener las habilidades y las capacidades de percepción, de búsqueda, de logro, de pago y de compromiso (Levesque, Harris, y Russell, 2013).

3.2.2 Modelo de creencias en salud

Aparte de los modelos presentados anteriormente, que conceptualizan el uso en la lógica mercantil, otros tipos de diseños aparecieron en la misma época para reflexionar sobre qué tan realista es el enfoque económico. Estos nuevos modelos de creencias en salud rechazaron el planteamiento de equilibrio mercantil, dado que ellos consideran el acceso y el uso de la atención a la salud como un derecho humano universal. Las barreras no son meramente sistémicas, sino que son procesales y se relacionaban mucho con el comportamiento intrínseco del individuo y con sus creencias en salud. Este enfoque es utilizado en varios ámbitos de investigaciones sociológicas y psicosociales para describir o predecir las acciones del ser humano a partir de una gama de prerequisites psicológicos ordenados. En la salud, su función predictiva ha sido explorada en varios submodelos como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, la teoría del comportamiento planificado, el modelo de comportamiento integrado o bien, la teoría cognitiva social desarrollada a continuación.

El modelo de creencias de salud desarrollado por Hochbaum (1958) y reformulado por Rosenstock (1961, 1974) considera el comportamiento como valores esperados a partir de un conjunto de componentes. De esta forma, la percepción individual tal como la susceptibilidad y la severidad, las amenazas, los beneficios o las barreras percibidas interactúan para inducir probabilísticamente dicho comportamiento en salud, según se muestra en la figura 3.2 siguiente.

Figura 3.2: Modelo de creencias en salud



Fuente: Ilustración en el artículo *Health Belief Model: A decade later* (Janz y Becker, 1984).

Morris Fishbein de la Escuela de Chicago propuso la Teoría de Acción Razonada (TAR) que planteó la intención como antecedente al comportamiento de un individuo, la cual está influenciada por la actitud y la norma sugestiva (Fishbein, 1967). La Teoría del Comportamiento Planificado (TCP) añadió el control percibido a la par formado por la actitud y norma subjetiva de la TAR según dos posibilidades: de un lado, es un determinante directo de la acción final; del otro, a partir del efecto de la intención actúan también indirectamente en el comportamiento (Ajzen y Madden, 1986). En ambos modelos, la *intención* es el fundamento de la *acción*. El modelo de comportamiento integrado es una combinación del TAR y de la TCP con encadenamientos causales agrupados en tres categorías: *la actitud, la norma percibida y la agencia personal*. Estos últimos son resultados directos de un conjunto de creencias o comportamientos; e indirectamente de factores externos demográficos, socioeconómicos, de personalidad o de diferencia individual (Montaño y Kasprzyk, 2015).

3.2.3 Modelo de comportamiento en salud

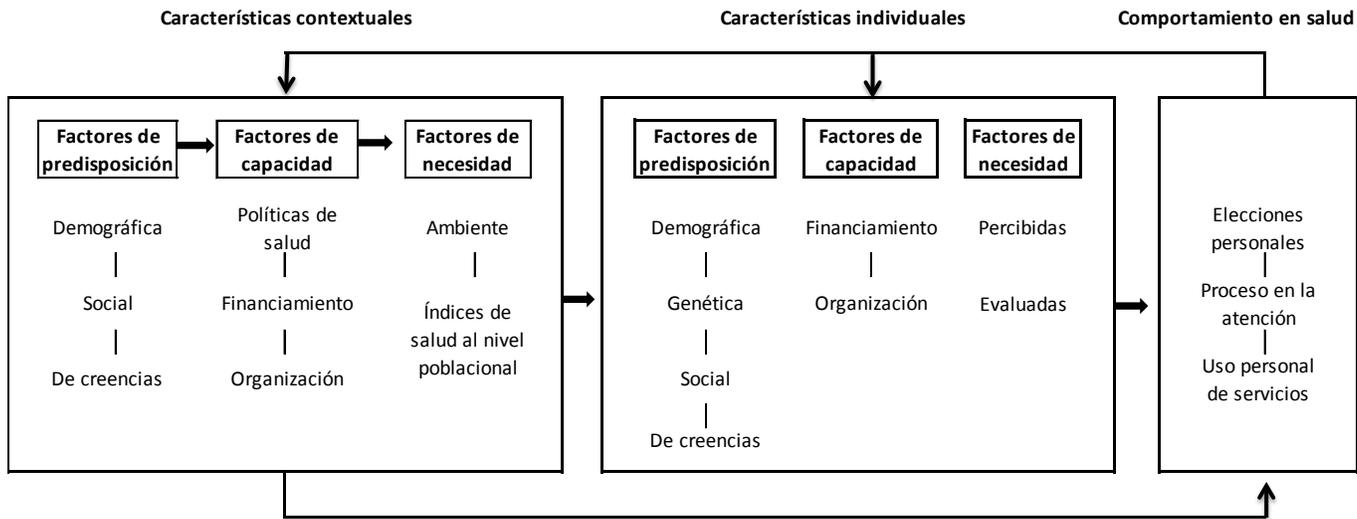
El modelo de comportamiento en salud puede plantearse como un subenfoco de la teoría de creencias en salud que analiza los resultados de los esfuerzos para influenciar las creencias (Karen Glanz y Viswanath, 2015). Taylor y colaboradores (1967) fueron de los pioneros que plantearon una relación lineal entre la utilización y el acceso, el último agrupa las características del entorno social de un lado y las características de la población del otro. Aday, que fue también uno de los

autores del artículo de Taylor, desarrolló, al fin de los años 70, un marco teórico a medio camino entre el enfoque económico y el enfoque comportamental. A través de indicadores de proceso, de utilización y de satisfacción planteó que las políticas de salud afectaron el sistema organizacional y las características de la población comprometiendo el acceso a los clientes. Más tarde, su modelo multicausal se orienta hacia factores ambientales externos y factores de características de la población agrupados en predisposición, recursos y necesidades de las personas (Aday y Andersen, 1974; Aday, 1968, 1993).

En la última década del siglo XX, se profundiza el tema a través de varios modelos de comportamiento en salud. Andersen (1995), quien era también uno de los autores del artículo de Taylor mencionado anteriormente, acrecentó el entorno multicausal para el desarrollo de una serie de modelos de comportamiento de acceso a servicios de salud desde 1968 hasta 2001, muy utilizados debido a su implementación simple (Andersen, *et al.*, 1967; 1995; 2001). Andersen (1995) adoptó un enfoque sociodemográfico y microeconómico, donde el acceso es una decisión individual cuyas características familiares e individuales están predefinidas. El modelo de 1995 reintrodujo los factores de predisposición, los factores de capacidad y los factores de necesidad de Aday en la elección y uso de atención por parte de las familias. En su modelo de 2001, Andersen añadió un componente contextual relacionado con el entorno social del individuo. Para una mejor demarcación, la accesibilidad y la disponibilidad están relacionadas con los recursos estructurales de la oferta y la demanda, aunque el acceso es meramente asociado a las características de la población dispuesta a usar los servicios (Andersen, 1995; Andersen *et al.*, 2001).

Los factores de predisposición son las características demográficas, de organización y de la estructura social y la cultura, factor genético o creencia sobre la salud. *Los factores de capacidad* son la disponibilidad de personal, el conocimiento sobre esta disponibilidad y la manera de utilizarlos, así como algunas variables económicas tales como ingreso, seguro, tiempo para atender al servicio de salud. Finalmente, *los factores de necesidad* son las causas que llevan a la búsqueda de salud (Andersen R., 1995). La figura 3.3 esquematiza el nuevo modelo de comportamiento de Andersen de 2001, donde los tres grupos de factores tienen componentes distintos cuando estén relacionados con el individuo o con el contexto que es el entorno en el cual evoluciona este individuo. Además, añadió “*el proceso en la atención médica*” dentro de los resultados de comportamiento en la salud del modelo de 1995 (Andersen, Davidson, y Baumeister, 2001)

Figura 3.3: Modelo comportamental de uso de los servicios de salud de Andersen R (2001)



Fuente: Andersen y colaboradores (2001). *Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators*.

3.2.4 Teoría del empoderamiento de la mujer

En la última década del siglo XX, el empoderamiento se convierte en una herramienta muy relevante en los modelos de desarrollo social, más tarde Zimmerman (2000) presentó una formulación teórica que relaciona el desarrollo comunitario con las orientaciones de valor y procesos con rasgos cognitivos, afectivos y conductuales. Ese autor planteó que, visto como un proceso, el empoderamiento puede aplicarse a nivel individual, organizacional y comunitario. El control sobre los recursos, el poder de negociación, el fortalecimiento de capacidades o la autonomía son dimensiones o indicadores aproximados del fenómeno (ONU, 1986). Desde la conferencia de la Mujer en Nairobi en 1985, el movimiento social de las Mujeres para un Desarrollo Alternativo (DAWN, por sus siglas en inglés) proponía el empoderamiento como su bandera de siempre y una estrategia de lucha frente a la desigualdad que sigue afectando más a la mujer. A las dimensiones próximas, Silva y Martínez (2004) añadieron el principio de la *agencia* que se basa en la capacidad propia de la mujer de trabajar para el cambio de su vida. Este último punto se relaciona con la autoeficacia de Bandura, que es una dimensión de la teoría social cognitiva que planteó que la confianza en sus capacidades lleva a alcanzar su deseo (Bandura, 1977).

Desde 1990, la ONU ha dado varias luchas para disminuir la inequidad de género, dado que la mujer no cuenta con un pleno empoderamiento en varias regiones en el mundo (Pedrosa Islas, 2005). La situación no es distinta en Haití, donde sólo un tercio de las mujeres que viven en unión tiene una autonomía financiera en el mercado de trabajo, dos tercios de las mujeres que viven en unión piensan que ganan menos que su pareja y 15% tiene título de propiedad de casa o terreno. Además, subraya que las mujeres que ganan más que su pareja tienen dos veces más autonomía en la utilización del ingreso de su pareja que las que ganan menos o igual que su cónyuge. Con más autonomía, la mujer es más capaz de tomar decisiones que mejoran su vida y la salud de toda la familia. Este mismo informe resaltó que solo 34% de las mujeres puede tomar decisiones sobre su salud y en una cuarta parte de los casos, es la pareja la que se encarga de tomar decisiones sobre la salud de la mujer. Esta debilidad en la autonomía de la mujer puede tener fuerte vínculo con la subutilización de los servicios de salud materna en Haití (MSPP, 2012a). En varias investigaciones con las encuestas de Demografía y Salud, se había vinculado el nivel de empoderamiento o de autonomía con la salud, resaltando de un lado, sus factores explicativos; del otro, utilizado como predictor de la salud materno infantil. Se identificaron unos indicadores claves de la autonomía de la mujer como su autodecisión en su ingreso, en su salud, en la visita a las familias y amigos o en la realización de compras grandes o diarias (Desai y Johnson, 2005; Kishor y Subaiya, 2008; Vaz, Pratley, y Alkire, 2015).

3.2.5 Modelo teórico de la investigación

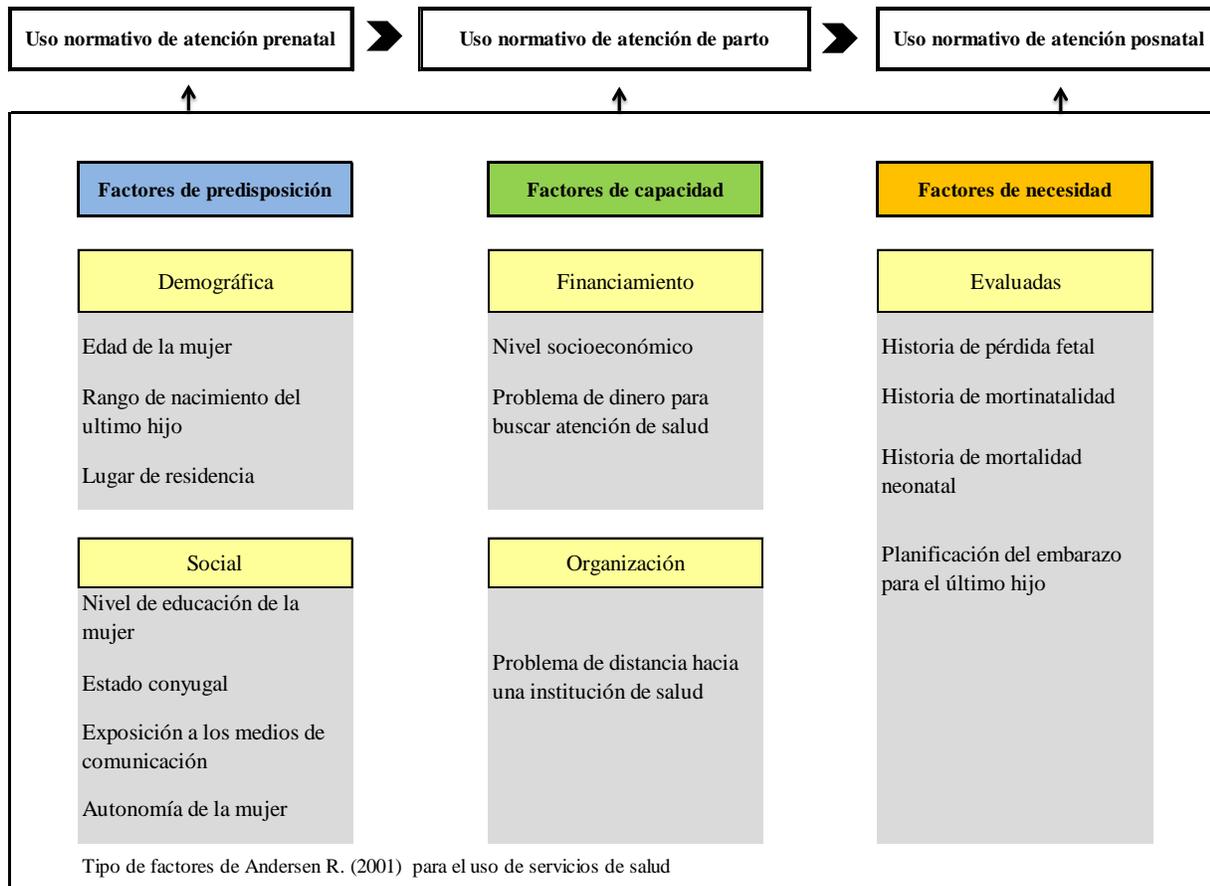
Aunque la intención de buscar atención de salud exista, no es suficiente para lograr al comportamiento esperado que, en el caso de esta investigación, es el uso de los servicios de salud materna. Advierte que la proposición de Tanahashi (1978) refleja bien la noción de bienestar asociado a la salud y el cumplimiento de los derechos de salud universal. Sería el marco teórico ideal para identificar los factores que juegan un papel importante en la cobertura de los servicios de calidad. Sin embargo, el acceso a los microdatos con información sobre la disponibilidad de recursos, la capacidad para producir y la utilización de los servicios de calidad ponía algunos retos para su aplicación metodológica. En el entorno sociocultural, la noción de autoeficacia de Bandura (1976) se relaciona con la teoría del empoderamiento, que es una de las dimensiones más significativas en los estudios de comportamiento (Bandura, 1977). No obstante, la autoeficacia

debería ser bastante elevada para lograr el uso esperado cuando las barreras son fuertes, tales como estructurales o sistémicas.

En la literatura del principio del siglo XX, muchas veces se asoció el nivel de la salud de un país a los indicadores macroeconómicos o ecológicos. Preston (1975) resaltó una relación lineal positiva entre la esperanza de vida y el ingreso per cápita o entre la desigualdad de ingreso por medio de la curva de Lorenz. El nivel de esta asociación disminuye cuando el ingreso es mayor subrayando el comportamiento asintótico hacia la esperanza de vida máxima. Rogers (1979) contradujo a Preston, sosteniendo una relación no lineal entre la esperanza de vida y el índice de Gini calculado a través del ingreso. Sin embargo, se mencionan países desarrollados, con importante progreso económico como Estados Unidos, donde no se han resuelto los problemas de acceso o de uso de los servicios de salud, que son indicadores claves del sistema de salud operativo (Andersen, *et al.*, 2001). Aday y Andersen (1968, 1995) introdujeron las características de la población y de sus recursos como factores explicativos del uso de servicios de salud relacionado con el comportamiento psicosocial o sociocognitivo. Deaton (2013) refuerza los aspectos individualistas en la economía de la salud, como pionero, subrayó que en la era de la libre elección o de comportamiento racional, las características individuales pueden traer nuevos conocimientos sobre el nivel de salud de un país.

Dado que nuestro trabajo se propone analizar el acceso a la salud del lado de la demanda y por la limitación de fuentes de información que reúnen indicadores macroeconómicos de oferta, de demanda o de indicadores de creencias en la salud, el modelo de Andersen de 2001 junto con la teoría de empoderamiento son los más apropiados para identificar el perfil de las mujeres que utilizan el servicio de salud materna en Haití y resaltar las barreras que enfrentan en la búsqueda. Aquellos factores, considerándolos como barreras potenciales, se agrupan en las tres dimensiones de predisposición, de capacidad y de necesidad del modelo de Andersen, según la propuesta teórica en la figura 3.4 siguiente.

Figura 3.4: Modelo teórico del uso de los servicios de salud materna



Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Andersen sobre el de comportamiento en salud (Andersen, Davidson, y Baumeister, 2001).

Una barrera constituye un obstáculo para alcanzar algo. Respecto al acceso y la utilización de los servicios de salud, las barreras son elementos de la organización de los servicios de salud que se deben superar antes de recibir la atención médica. Su presencia conduce a una subutilización de dichos servicios. Las barreras y los facilitadores constituyen los determinantes del uso de los servicios (Lorenzo, 2009). El marco teórico de los modelos de creencias en salud considera las barreras como los predictores más significantes del comportamiento individual en la salud (Janz y Becker, 1984). Umeh y Rogan-Gibson (2001) enumeran la dificultad de empezar o de cambiar los hábitos, así como el miedo de realizar los cambios idealistas de los comportamientos como barreras potenciales. Asimismo, Luna (2015) identificó el gasto de bolsillo como barrera al acceso a la salud, tanto en el nivel curativo como preventivo. Respecto a la presente investigación, todos los factores del modelo de Andersen que impiden de manera significativa el uso normativo del control prenatal, posnatal o del servicio parto son clasificados como barreras al uso de los servicios de salud materna.

Capítulo 4 : Marco metodológico

4.1 Preguntas de investigación

Anteriormente, se presentaron varias investigaciones que destacaron barreras diversas según el nivel de desarrollo de un país, del grado de creencias y comportamientos en salud influenciada por la cultura, por la diversidad social o étnica de su población, etcétera. De estas reflexiones surge la pregunta general siguiente: ¿cuáles son las barreras de predisposición, de capacidad o de necesidad que limitan el uso normativo de los servicios prenatales, de parto y posnatal de las mujeres en Haití en 2012? En particular, el trabajo se enfoca en responder los siguientes cuestionamientos:

1. ¿Qué diferencias de magnitud presentan las barreras de predisposición, de capacidad o de necesidad en los diferentes componentes de la salud materna, es decir, en el uso normativo del control prenatal, del parto y de la primera visita de posnatal?
2. ¿Qué diferencias muestran el uso normativo de atención materna en las regiones administrativas del país?
3. ¿Cómo interactúan los tres componentes en el flujo continuo de atención materna tomando en cuenta la normatividad del uso de aquellos servicios? Es decir, por una parte ¿Cómo afecta el control prenatal al uso de servicios de parto y de posnatal normativo entre las mujeres? Y por otra, ¿Cómo afecta el uso de los servicios durante el parto para después usar los servicios posnatales entre las mujeres?

4.2 Objetivos

Este estudio tuvo como objetivo principal identificar las barreras de predisposición, de capacidad o de necesidad que limitan el uso normativo de servicios de atención prenatal, de parto y posnatal de las mujeres en Haití en 2012. En particular se propone:

1. Identificar cómo se diferencian las barreras de predisposición, de capacidad o de necesidad para el uso normativo de los servicios de salud materna, en cada etapa de la atención materna.
2. Describir y comparar el uso normativo de los servicios de salud materna entre regiones administrativas de Haití.
3. Estimar el efecto del uso normativo de servicio prenatal en el uso normativo del parto y del posnatal. También se prevé estimar el efecto del uso normativo de parto sobre la atención posnatal.

4.3 Hipótesis

La diversificación de las barreras demográficas, socioeconómicas y socioculturales y su distinta magnitud respecto al nivel de desarrollo o de desigualdad de un país tienen vínculos fuertes en la aplicación de las políticas de salud pública, ya sean universales o restrictivas. Si bien los obstáculos podrían ser contextuales, el marco empírico presentado anteriormente destaca algunas barreras vinculadas intrínsecamente con las características de la mujer, como su edad, su nivel económico, educacional, etcétera. De la revisión amplia y diversificada de la cobertura universal a la salud materna se planteó que el uso de servicios de atención a la salud materna en Haití en 2012, están impedidos por condiciones individuales propias a las mujeres (OMS, 2014). De esta manera, las hipótesis que se sometieron a comprobación en esta investigación son:

1. En cuanto a las barreras de predisposición, las mujeres en los extremos de las edades reproductivas, con baja escolaridad, residentes en zonas rurales, que no viven en pareja, que usan los medios de comunicación con menor frecuencia son las que tienen menores posibilidades de utilizar los servicios de atención materna. Además, a medida que el rango de nacimiento del último hijo aumenta, baja la posibilidad de que la mujer use los servicios normativos de salud materna. Por último, las mujeres con menor nivel de empoderamiento respecto a su autonomía financiera, su capacidad de autodecisión en salud y su iniciativa a visitar familiares o amistades tienen menor posibilidad de usar dichos servicios.

2. Las mujeres residentes en la región metropolitana y Oeste o en departamentos de menor nivel de pobreza registran mayor uso de la atención materna con normatividad que las residentes de otras regiones del país.
3. Con relación a las barreras de capacidad, el bajo nivel socioeconómico, la presencia de problemas de dinero para buscar atención médica y la larga distancia hasta la institución de salud aumentan la posibilidad de no usar los servicios normativos de atención materna.
4. Respecto a las barreras de necesidad, las mujeres cuyas necesidades de buscar atención de salud son mayores tienen más posibilidades de usar los servicios normativos de salud materna. En la presente investigación, dichas necesidades se miden por la presencia de historias de pérdida fetal, de mortinatalidad y de muerte neonatal en los embarazos previos. Se considera también que la falta de planeación del embarazo afecta negativamente la motivación de buscar atención de salud, lo que incide en el uso de dichos servicios.
5. El uso normativo del servicio de control prenatal aumenta la posibilidad de que la mujer siga en el continuo de atención materna hasta el posnatal. Además, el uso de parto normativo aumenta la posibilidad de uso normativo de servicio posnatal (WHO, 2002; Rai, Singh, y Singh, 2012).

4.4 Descripción de la fuente de información

La siguiente investigación tomó en cuenta los tres componentes distintos de la salud materna, a saber, el periodo del embarazo, del parto y del puerperio. La quinta Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y de Utilización de los Servicios (EMMUS-V¹²) realizada en 2012 en Haití constituyó la principal fuente de información. La EMMUS-V es una encuesta de tipo transversal cuyo objetivo es presentar una visión general de la salud tomando en cuenta las características socioeconómicas de la población; las condiciones de vida de los hogares; la fecundidad y la salud reproductiva; la salud y la mortalidad infantil; la prevención de la malaria, del VIH, del cólera; la

¹²Por sus siglas en francés “Enquête de Mortalité, Morbidité et Utilisation de Services” traducido por – Encuesta de Morbilidad, Mortalidad y Utilización de los Servicios”. Son tipos de Encuestas de Demografía y Salud levantadas por la ICF International bajo la etiqueta de “Demographic Health Survey (DHS).

violencia contra la mujer; el uso de servicios de salud y una sección especial para el terremoto de 2010. Con ella, se estiman indicadores socioeconómicos, demográficos y de salud a nivel de toda la población y de subpoblaciones (las mujeres de 15-49 años, niños menores de 5 años y hombres de 15-59 años) útiles para la planificación, el seguimiento y la evaluación de programas de salud y de desarrollo en Haití. Los cuestionarios (de hogares, individuales por poblaciones claves) son típicos de las encuestas de demografía y salud, adaptados también al contexto de Haití y teniendo en cuenta los objetivos nacionales. Esta encuesta tiene representatividad nacional y el tipo de muestreo es por conglomerados y estratificado en dos etapas. Se definieron 21 estratos, a saber, los 10 departamentos por residencia rural y urbana, así como la zona metropolitana de Puerto Príncipe y los campos de alojamiento (como consecuencia del terremoto de 2010). El tamaño de la muestra fue de 13,388 hogares (MSPP, 2012).

Para el análisis de los factores explicativos que actúan como barreras en el uso de servicios de salud materna, se utilizó la subpoblación compuesta por las 5,414 mujeres que tuvieron al menos un nacimiento en los cinco años previos a la fecha de levantamiento de la encuesta. La mujer relacionada con un solo nacimiento a un mes de la fecha de la entrevista está excluida del muestreo, porque no tiene un historial completo de atención materna (Rutstein y Rojas, 2006). Para este estudio, con la intención de minimizar el sesgo de memoria en los datos de la historia del embarazo, del parto o del periodo posnatal, se consideró únicamente la información del último nacimiento declarado. El tamaño de dicha subpoblación de mujeres puede ser menor luego la construcción y recodificación de variables dado que no se toman en cuenta los datos faltantes y la respuesta “no sabe”.

4.5 Operacionalización del uso normativo de servicios de salud materna

A continuación, se explica la construcción de las tres variables dependientes del uso normativo de servicio prenatal, de parto y posnatal. Dicha construcción de la autora de la presente investigación se basa en las normas de la OMS de 2016, acatadas por Haití, y el plan estratégico trienal de salud reproductiva 2013- 2016 del país (MSPP, 2012b; WHO, 2016).

1. Para el **uso normativo de servicios de atención prenatal**, la gestante debe:
 - Cumplir al menos cuatro visitas de control prenatal;
 - Realizar la primera visita prenatal en el primer trimestre del embarazo;

- Ser atendida por personal de salud capacitado.
2. Para el **uso normativo de servicios de atención durante del parto**, la parturienta debe:
- Usar el servicio en una institución de salud;
 - Ser atendida por personal de salud capacitado.
3. Para el **uso normativo de servicios de atención posnatal**, la puérpera debe:
- Usar el servicio de atención de salud antes de 24 horas después del parto institucional o antes de 48 horas después del parto no institucional;
 - Ser atendida por personal de salud capacitado.

Con base en lo anterior, la variable “**Uso de atención prenatal**” se operacionalizó como una variable cualitativa dicotómica de la manera siguiente:

- 1: *Uso normativo* que agrupa a las mujeres que usan el servicio según las tres características de las normas mencionadas;
- 0: *Uso no normativo* que agrupa a aquellas que no usan el servicio o cumplen con menos de las tres características.

El “**Uso de atención al parto**” es una variable cualitativa dicotómica con las siguientes categorías:

- 1: *Uso normativo* que considera a las mujeres que usan el servicio cumpliendo ambas características de las normas mencionadas;
- 0: *Uso no normativo* que considera a aquellas mujeres que no usan el servicio o cumplen con menos de las dos características.

La variable dependiente “**Uso de atención posnatal**” es cualitativa dicotómica codificada de la manera siguiente:

- 1: *Uso normativo* que cuenta a las mujeres que usan el servicio según ambas características de las normas mencionadas;
- 0: *Uso no normativo* que agrupa a las mujeres que no usan el servicio o cumplen con menos de las dos características.

4.6 Operacionalización de las posibles barreras para el uso normativo de los servicios de salud materna

Dado que este trabajo se propone analizar las barreras a la salud materna por el lado de la demanda y debido a la limitación de la fuente de información para la aplicación de los modelos económicos o de creencias en salud, el modelo de Anderson de 2001 se consideró lo más apropiado. Las variables explicativas que se presentan en las tablas siguientes (4.1 a 4.3) son las mismas para los tres componentes de la salud materna, salvo la pérdida fetal que, teóricamente, no permite explicar el tipo de uso en el parto y el posparto, asimismo, la presencia de mortinatalidad está ausente en el componente posnatal. Estas barreras se agruparon según las tres dimensiones teóricas de predisposición, de capacidad y de necesidad.

4.6.1 Las barreras de predisposición

La *autonomía de la mujer*, que es un componente del empoderamiento de la mujer, se creó a partir de las tres preguntas siguientes de la EMMUS-V: *¿Quién habitualmente toma decisión sobre la salud de la mujer? ¿Quién habitualmente decide sobre las grandes compras en el hogar? y ¿Quién habitualmente decide sobre las visitas a familiares y amistades?* Se identifica si la mujer decidió sola, juntamente con su cónyuge, si el cónyuge lo hace solo o si la decisión se tomó por una tercera persona. Se realizó un análisis factorial (AF) a través de correlación policórica y se estimaron los puntajes de autonomía de la mujer en una escala de 1 a 10 (ver cuadro 4.1). Dado que no se define una organización previa de las variables consideradas, el análisis factorial que es la reducción de dimensión y de exploración estructural es más conveniente que el análisis de componentes principales. Los resultados de la construcción y de la validación del índice se encuentran en el anexo A.

Para la *exposición a los medios de comunicación* se pregunta si la entrevistada lee un periódico, escucha la radio o ve la televisión con los cuatro tipos de frecuencia siguiente: casi diario, al menos una vez la semana, menos de una vez a la semana o no lo hace. La nueva construcción para la investigación agrupó a las mujeres en tres categorías según una combinación de las frecuencias. En el primer grupo, se ubican las mujeres que no usaron el periódico, la radio o la televisión o estuvieron expuestas a no más de dos medios de comunicación menos de una vez a la semana; en el segundo grupo, se ubican las mujeres que usaron uno de los tres medios de comunicación casi

diario, o dos o más de los tres al menos una vez a la semana. En el último grupo, se registró a las mujeres que usan al menos dos de los tres medios de comunicación al menos una vez a la semana, diario o una combinación de ambos (ver cuadro 4.1).

La diversidad de tipo de pareja en el Caribe, particularmente en Haití, conlleva complejidad en su análisis. En esta investigación, en la categorización del estado conyugal se busca resaltar el efecto positivo de la unión estable constituida legalmente, es decir las mujeres casadas, en el uso normativo de la atención materna. Otra forma de unión es la libre formal, la cual agrupa a las mujeres en situación de “plaçage” o “common law”. Esta es una unión consensual con reconocimiento social de la pareja y cohabitación, que se puede considerar en un nivel de estabilidad intermedio. La unión libre informal es llamada “vivavèk”, y en ocasiones no es permanente, incluye los noviazgos o el concubinato en los cuales frecuentemente no hay cohabitación (André, 2011; MSPP, 2012a).

Por último, las regiones administrativas se ordenaron en zonas de menor a mayor proporción de personas en pobreza a partir del último quintil de riqueza proporcionada en la EMMUS V (MSPP, 2012:20).

Cuadro 4.1: Operacionalización de las barreras de predisposición

Variables explicativas	Tipo y Escala	Categorías
Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo	Cualitativa nominal	14 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años (ref.) 30 – 34 años 35 – 49 años
Nivel de educación de la mujer	Cuantitativa	0 – 17 años
Rango de nacimiento del último hijo	Cuantitativa	0 – 14 rango
Autonomía	Cuantitativa	0 – 10 puntos
Lugar de residencia	Cualitativa nominal	Rural (ref.) Urbano
Región administrativa de residencia	Cualitativa nominal	Zona Metropolitana de Oeste (ref.) Norte Resto de Oeste Artibonite Sur Noroeste Noreste Nippes Sureste Centro Grand’Anse

Cuadro 4.1: Operacionalización de las barreras de predisposición (*continuación*)

Variables explicativas	Tipo y Escala	Categorías
Estado conyugal	Cualitativa ordinal	Sin pareja o en unión libre no formal ^(ref.) Unión libre formal Casada
Exposición a los medios masivos de comunicación	Cualitativa ordinal	Bajo ^(ref.) Medio Alto

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Ref. indica la categoría de referencia de las variables.

4.6.2 Las barreras de capacidad

En el cuadro 4.2 se muestran las características analizadas en la dimensión de **capacidad**. Es de destacar que, dado varios críticos respecto al índice de quintil de riqueza de las encuestas de demografía y salud, se ha creado en el margen de esta investigación *el índice de nivel socioeconómico* con las características físicas del hogar donde vive la mujer como el material de las paredes de la vivienda, del techo y del piso del hogar; así como el acceso a los servicios básicos y los tipos de activos del jefe de hogar como hacienda, propiedad, etcétera. (Filmer y Pritchett, 2001; Pitchforth, *et al.*, 2007; Howe, *et al.*, 2008). Para la construcción del índice se realiza un AF a través de correlación policórica seguido por un análisis de clúster de K-medias que clasifica los hogares en nivel muy bajo, bajo, medio y alto. Debido a la presencia de coeficientes de variación elevados en algunas categorías, las variables de servicio de teléfono y de saneamiento propio no fueron integrados al AF. La posesión de bicicleta, de casa y de moto tampoco ha ayudado a discriminar, dado sus coeficientes de correlación menor a 0.30. El índice socioeconómico está representado por el primer factor que explica más de 87% de la variación de las variables vinculadas al hogar (Hair, *et al.*, 2010). Cada mujer recibe el puntaje del índice de su hogar de pertenencia de jure. Los resultados de la construcción y de la validación del índice se encuentran en el anexo B.

La *disponibilidad de dinero* para buscar atención de salud y la *distancia* en la cual se sitúa el prestador de servicios de salud son elementos que permiten aproximar la accesibilidad a la asistencia médica. La EMMUS-V pregunta sobre estos dos aspectos de la siguiente manera: ¿La distancia para alcanzar una institución de salud constituye para usted un problema importante cuando está enfermo o en la búsqueda de atención médica? o ¿La obtención de dinero para una consulta o un tratamiento constituye para usted un problema importante cuando está enfermo o la búsqueda de atención médica? Se permite contestar sí o no.

Cuadro 4.2: Operacionalización de las barreras de capacidad

VARIABLES EXPLICATIVAS	TIPO Y ESCALA	CATEGORÍAS
Nivel socioeconómico	Cualitativa ordinal	Muy bajo ^(ref.)
		Bajo
		Medio
		Alto
Problema de distancia para buscar atención de salud	Cualitativa dicotómica	No ^(ref.)
		Sí
Problema de dinero para buscar atención de salud	Cualitativa dicotómica	No ^(ref.)
		Sí

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Ref. indica la categoría de referencia de las variables.

4.6.3 Las barreras de necesidad

En la dimensión de **necesidad** se presentan los factores asociados a los antecedentes maternos de la mujer o del tipo de producto en los embarazos previos (véase cuadro 4.3). La muerte fetal se define como la muerte del producto de la gestación que ocurre a partir de la semana 24 de gestación. La interrupción de la gestación al inicio de esta y hasta las 20 semanas corresponde a aborto. Se considera como *pérdida fetal*, según la EMMUS, la expulsión de un feto del útero antes de que pueda sobrevivir de forma independiente antes del parto, que sea temprana o tardía (es decir 24 semanas o más). La *mortinatalidad* se refiere a la expulsión o extracción del producto sin vida al momento del parto. La *mortalidad neonatal* se refiere a la muerte de un recién nacido en el transcurso de los 28 días después del parto. Los tres indicadores se obtienen por la declaración de la mujer entrevistada (MSPP, 2012a; Bulletti, *et al.*, 1996).

El *embarazo no planeado* “da evidencia de mujeres que declararon sí querer embarazarse, pero que deseaban esperar más tiempo para hacerlo” (CONAPO, 2017:111). En esta investigación, dicha variable está vinculada al último nacimiento y puede estar reflejando una falta de deseo, de intención o de desaliento para la búsqueda de atención médica y seguimiento normal del embarazo.

Cuadro 4.3. Operacionalización de las barreras de necesidad

VARIABLES EXPLICATIVAS	TIPO Y ESCALA	CATEGORÍAS
Pérdida fetal	Cualitativa dicotómica	No ^(ref.)
		Sí
Mortinatalidad	Cualitativa dicotómica	No ^(ref.)
		Sí
Mortalidad neonatal	Cualitativa dicotómica	No ^(ref.)
		Sí
Embarazo no planeado	Cualitativa dicotómica	No ^(ref.)
		Sí

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Ref. indica la categoría de referencia de las variables.

En Haití, las cinco encuestas de EMMUS son las más utilizadas para combinar la situación de la salud con las características sociodemográficas y económicas y son las únicas fuentes de información diversificada y que facilita la comparación longitudinal. Están desagregados al nivel individual y de hogares, lo que facilita el análisis de la demanda de atención médica respecto a las características de las mujeres que usan los servicios de atención materna. Respecto al porcentaje de residencia urbana y rural y a la estructura por edad, sus resultados en 2012 se acercan a la proyección de la IHSI para el año 2011 a partir del Censo de 2003, asimismo los datos de pobreza y desigualdad se comparan con las informaciones del Banco Mundial. No obstante, no tenemos censo o encuestas más recientes en el tema de salud, considerando las consecuencias del terremoto de 2010, en cual se pueda evaluar la calidad de los datos de la EMMUS V que utilizamos para la presente investigación. La afiliación de la mujer a un seguro médico, el peso al nacer y el nivel de anemia del último hijo son factores teóricos importantes, pero no se pueden integrar al análisis por falta considerable de datos. La primera tiene más de 20% de las celdas con menos de 5% de los valores teóricos y en las siguientes, se pierde más de 50% de la muestra por sesgo de memoria. Además, las informaciones sobre el tiempo de uso de anticonceptivos combinado con el momento del embarazo hubieran facilitado una mejora en la conceptualización de la planeación del embarazo, en vez de la variable vinculada directamente al deseo que no refleja la voluntad exacta de tener un hijo en el momento en que ocurrió dicha gestación. Por último, se enfocó en los datos de planeación del embarazo o mortalidad del producto por la falta de información de la dicha encuesta sobre efectos adversos de los embarazos previos que hubiera sido mejores predictores de la necesidad de buscar atención materna.

4.7 Técnicas estadísticas de análisis

Se proporcionaron las técnicas estadísticas siguientes como herramientas descriptivas y analíticas de comprobación de las hipótesis planteadas anteriormente.

4.7.1 Instrumentos de medida del uso de los servicios de atención a la salud materna

Las técnicas de análisis en esta investigación se agrupan en cuatro etapas. En primer lugar, se realizó una descripción del tipo de uso de la atención materna y de las mujeres en función de los factores de predisposición, de capacidad y de necesidad a partir de gráficas o tablas de frecuencias

absolutas y relativas. Estas descripciones facilitan una apreciación global de la distribución porcentual del tipo de uso de los tres componentes de la salud materna y de las mujeres que tuvieron un nacimiento cinco años previos a la encuesta con respecto a las dimensiones de Andersen.

Segundo, para observar la dependencia entre las variables analizadas se utilizaron tablas de contingencia y pruebas estadísticas, cuya elección dependió de la naturaleza estadística de los factores explicativos. En el caso de las variables nominales se usó la prueba de Ji Cuadrada de Independencia¹³. Para las variables ordinales se utilizó la prueba de Spearman y para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de rango de Wilcoxon, llamada también Mann-Whitney. Esta última se basa en la comparación de distribuciones y de medianas entre los niveles de uso de servicios de salud materna, en ausencia de normalidad de las distribuciones de la edad, años de educación, rango de nacimiento del hijo y grado de autonomía.

En tercer lugar, antes de la modelación múltiple y multivariada, se estimó según el tipo de variables, los coeficientes de correlación tetracórica, policórica o poliserial con todas las variables dependientes e independientes apreciando la magnitud de las asociaciones. Se identificó también la presencia de colinealidad o autocorrelación que podrían introducir sesgo en la estimación de los parámetros y en la inferencia; aunque con el método de ecuaciones estructurales que se ha usado, esto queda en segundo plano.

Por último, se modeló el uso de atención materna mediante el método de ecuaciones estructurales generalizados –MEEG (GSEM por sus siglas en inglés). Esta herramienta estadística se ha convertido en las últimas décadas en un instrumento ampliamente utilizado ya que permite incluir varias variables dependientes a diferentes niveles, además de que en su aplicación se relajan las hipótesis de autocorrelación y de colinealidad. Con el MEEG es posible obtener conceptos no observables llamado *constructos latentes*, que son utilizados en las investigaciones de Ciencias Sociales. Adicionalmente, hay presencia de variables endógenas y exógenas; las primeras se refieren a las que no dependen de ningún otro elemento del sistema y las segundas son conjuntos de variables que no tienen ningún efecto directo en la estructura.

¹³ El valor esperado de todas las casillas de la tabla debe ser mayor a 5, en otro caso se aplica la prueba exacta de Fisher.

En el marco teórico de esta investigación, el control prenatal, la atención durante el parto y la revisión posnatal tienen el papel de variables dependientes o explicativas según el nivel de uso de atención médica. Además, cada grupo de factores explicativos se puede hacer observable a través de variables latentes de predisposición, de capacidad y de necesidad. La estimación de coeficientes de correlación son pasos anteriores que permitieron identificar los factores elegibles en la formación de los constructos latentes cuyos coeficientes han sido estimados por el MEEG. Los factores explicativos que no fueron integrados a los constructos latentes se relacionaron directamente con las variables endógenas del uso de los servicios prenatales, de parto y posnatales, convirtiéndolos en elementos exógenos. Bajo el marco teórico del MEEG presentado anteriormente, la forma algebraica del uso de la atención materna se puede expresar de la manera siguiente:

$$\begin{aligned}
 Y_1 &= A_1 + B_1X_1 + P_1L_{p1} + C_1L_{c1} + N_1L_{n1} + e_1 \\
 Y_2 &= Y_1 + A_2 + B_2X_2 + P_2L_{p2} + C_2L_{c2} + N_2L_{n2} + e_2 \\
 Y_3 &= Y_1 + Y_2 + A_3 + B_3X_3 + P_3L_{p3} + C_3L_{c3} + N_3L_{n3} + e_3
 \end{aligned}$$

donde Y_1 representa respectivamente el uso de atención prenatal, Y_2 es el uso de parto y Y_3 es el uso de posnatal, en donde la primera es la variable endógena del modelo. Cada tipo de uso de atención materna se expresa en función de las variables instrumentales L_{pi}, L_{ci}, L_{ni} (latentes o no observadas) y de las variables exógenas X_1, X_2, X_3 . Las P_i, C_i, N_i son los coeficientes de cada variable latente. Las B_i formarán vectores de los coeficientes de los factores explicativos exógenos, es decir, los que no forman parte de algún constructo latente. En caso de ausencia de latentes significativas, las P_i, C_i, N_i serían nulos y las B_i se objetivarán como vectores de coeficientes de todas las barreras considerándolos en factores explicativos exógenos. Al final, las A_i son vector de las constantes y las e_i agrupan los errores de cada ecuación.

4.7.2 Bondad de ajuste del modelo MEEG

Se asumió que las variables dependientes tienen una distribución de Bernoulli, dado que son dicotómicas y que a cada mujer se asoció únicamente un tipo de uso de servicios en cada componente de la atención materna. Se optó por estimar el uso en la preñez, en el parto y en el posnatal en función de las potenciales barreras con una regresión logística cuya forma teórica se puede expresar de la manera siguiente:

$$\begin{aligned}
 Y_1 &= \text{Logit}[f(x)] = \ln\left(\frac{f(x)}{1-f(x)}\right) = A_1 + B_1X_1 + P_1L_{p1} + C_1L_{c1} + N_1L_{n1} + e_1 \\
 Y_2 &= \text{Logit}[f(x)] = \ln\left(\frac{f(x)}{1-f(x)}\right) = Y_1 + A_2 + B_2X_2 + P_2L_{p2} + C_2L_{c2} + N_2L_{n2} + e_2 \\
 Y_3 &= \text{Logit}[f(x)] = \ln\left(\frac{f(x)}{1-f(x)}\right) = Y_1 + Y_2 + A_3 + B_3X_3 + P_3L_{p3} + C_3L_{c2} + N_3L_{n2} + e_3
 \end{aligned}$$

Cada coeficiente fue estimado por el método de máxima verosimilitud cuya razón se expresa mediante $R = -2LL(\text{del modelo reducido}) - (-2LL(\text{del modelo completo}))$.¹⁴ donde LL representa el log de la verosimilitud y a menor razón de verosimilitud mayor sería la significancia global del modelo. Además, la prueba de Wald permitió evaluar la significancia de cada variable explicativa y la adecuación global del modelo.

Las ventajas de la distribución logística es que permite estimar los momios de cada variable independiente, predecir tanto la probabilidad de ocurrencia de cada fenómeno estudiado como las probabilidades marginales. Un momio es la influencia de la matriz de las variables explicativas X en forma de razón de posibilidades tomando en cuenta una categoría de referencia. Se estimó por la exponencial del coeficiente β_i de la forma siguiente:

$$P(Y|X) = f(X) = \frac{e^{\sum X_i \beta_i}}{1 + e^{\sum X_i \beta_i}} \quad \text{para } i = 1, \dots, n.$$

En esta investigación, se predijo el uso normativo de cada componente en función del valor medio de cada barrera. Se estimó también la probabilidad marginal promedio del uso normativo de las mujeres en el periodo prenatal, de parto y posnatal y el efecto marginal (cambio en probabilidades) entre los componentes de la atención materna. La probabilidad marginal promedio es la posibilidad de ocurrencia media de un evento controlado por cada factor explicativo cuando

¹⁴ Se da a conocer que el modelo reducido tiene menor número de factores explicativos que el completo. Esta técnica se utilizó para identificar la relevancia de algunas variables en el modelo final.

se deriva la función logística en la forma siguiente (Hoyle, 2012; StataCorp, 2015; Schumacker y Lomax, 2016):

$$\partial P(Y = i) | \partial x_j = \frac{e^{\Sigma x' \beta_j}}{(1 + e^{\Sigma x' \beta_j})^2} * \beta_j$$

Para esta investigación, el uso no normativo es la categoría de referencia en las tres variables de atención construidas. De manera global, todos los cálculos se realizaron con STATA versión 14 y se tomó en cuenta el diseño muestral y los factores de expansión. Cabe señalar que, en todas las pruebas estadísticas de independencia y asociación, así como en la modelación, se consideró el nivel de significancia del 0.05 y 0.1.

Capítulo 5 : Descripción del uso normativo de los servicios de salud materna

5.1 Descripción de las mujeres en función de las posibles barreras de predisposición, capacidad y necesidad

Según los resultados de la EMMUS V, 12% de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la aplicación de la encuesta eran adolescentes y 20% tenía 35 años y más, 75% de ellas vivía en unión libre, cuya mayoría (45%) tiene relación libre formal, alcanzaron en promedio 5.3 años de escolaridad, es decir, menos del nivel de primaria y en promedio, el orden de nacimiento analizado es el tercero. En la misma sintonía, 61% de las mujeres vive en zona rural, cifra muy similar a la distribución de la población total a nivel nacional. En la zona metropolitana de Oeste, donde se encuentra la capital del país, se concentra la cuarta parte de la población analizada. Por último, en un rango de 1 a 10, se tiene que, en promedio, dichas mujeres tienen una autonomía alrededor de 6.3 y casi la mitad de ellas presenta una baja utilización de los medios de comunicación masiva¹⁵ (ver cuadro 5.1).

Cuadro 5.1: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V según las posibles barreras de predisposición, Haití, 2012.

Variables explicativas	Categorías	Parámetros
Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo (n = 5,001)	14 – 19 años	12.2
	20 – 24 años	26.2
	25 – 29 años	23.9
	30 – 34 años	17.8
	35 – 49 años	19.9
Estado conyugal (n = 5,218)	Sin pareja o en unión libre no formal	30.6
	Unión libre formal	44.9
	Casada	24.4
Nivel de educación de la mujer (n = 5,216)	0-17 años	5.3; 5.0; 4.3 *
Lugar de residencia (n = 5,218)	Rural	61.3
	Urbano	38.7
	Zona Metropolitana de Oeste ^(ref.)	24.3
	Norte	9.8
	Resto de Oeste	16.7
	Artibonite	14.8
	Sur	7.2
	Noroeste	4.6
	Noreste	3.9
	Nippes	3.0
Región administrativa de residencia (n = 5,218)	Sureste	4.5
	Centro	7.7
	Grand'Anse	3.6

¹⁵ Dado que se requieren parámetros estadísticos adicionales para la comprensión del comportamiento de las variables continuas, además de las media, mediana y desviación estándar, se proporcionan diagramas de caja e histogramas de la edad, el nivel de educación, el rango de nacimiento y el índice de la autonomía en el anexo C.

Cuadro 5.1: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V según las posibles barreras de predisposición, Haití, 2012 (*continuación*)

VARIABLES explicativas	Categorías	Parámetros
Índice de autonomía (n = 4,422)	1-10 grados	6.3; 5.5; 2.7 *
Exposición a los medios masivos de comunicación (n = 5,218)	Bajo	46.8
	Medio	27.8
	Alto	25.4

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Nota: * Los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

En el siguiente cuadro, se tiene que poco más de un tercio de las mujeres que tuvieron al menos un nacimiento en los cinco años previos a la encuesta tiene un nivel socioeconómico bajo. Además, cuatro de cada cinco de ellas mencionaron que la falta de dinero es un obstáculo para la búsqueda de atención médica, mientras que cerca de la mitad de ellas (47%) tiene problemas de accesibilidad vinculados a la distancia para alcanzar puestos de servicios de salud (ver cuadro 5.2).

Cuadro 5.2: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V según las posibles barreras de capacidad, Haití, 2012

VARIABLES explicativas	Categorías	Frecuencias (%)
Nivel socioeconómico (n = 5,131)	Muy Bajo	13.1
	Bajo	23.1
	Medio	29.5
	Alto	34.3
Problema de dinero al buscar atención de salud (n = 5,211)	No	19.2
	Sí	80.8
Problema de distancia al buscar atención de salud (n = 5,216)	No	53.0
	Sí	47.0

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

En el cuadro 5.3 se puede observar que 9 de cada 100 mujeres tuvieron una pérdida fetal en algún embarazo previo al analizado; 5% perdieron al menos un hijo al momento del parto, un punto porcentual más lo perdieron en la fase neonatal y la mitad de ellas mencionó que el último embarazo no fue planeado.

Cuadro 5.3: Descripción de las usuarias de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS -V según las posibles barreras de necesidad, Haití, 2012

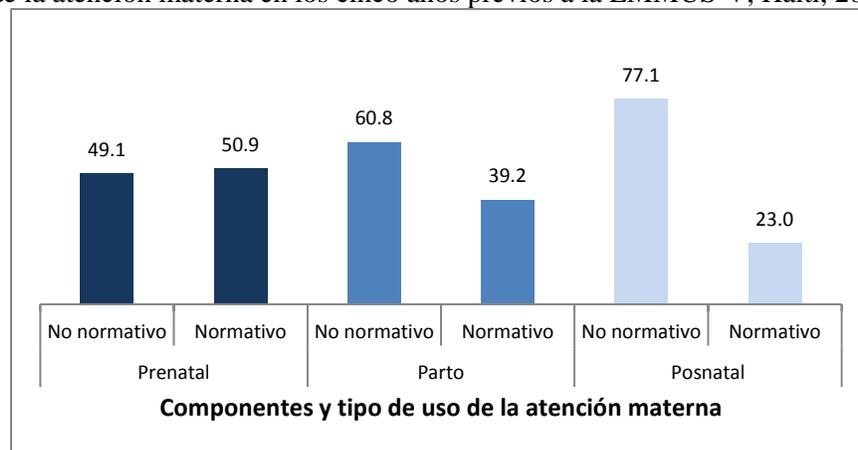
VARIABLES explicativas	Categorías	Frecuencia (%)
Pérdida fetal (n = 5,218)	No	90.7
	Sí	9.3
Mortinatalidad (n = 5,218)	No	95.4
	Si	4.6
Mortalidad neonatal (n = 5,218)	No	94.0
	Sí	6.0
Embarazo no planeado (n = 5,215)	No	50.4
	Sí	49.6

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

5.2 Análisis descriptivo del uso de los servicios de atención a la salud materna

En esta sección, se presentan las distribuciones relativas y absolutas de las potenciales barreras de predisposición, de necesidad y de capacidad con respecto al uso normativo en los tres componentes de la atención materna. Según datos de la EMMUS V, en cada una de las etapas de la maternidad el uso normativo de atención materna va disminuyendo. De las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la entrevista, poco más de la mitad tuvo un uso normativo de control prenatal (51%). Para la atención de parto y del posnatal, la gran mayoría de las mujeres no tuvo un uso apegado a la norma de la OMS: de cada 100 mujeres aproximadamente 61 no tuvieron un parto institucional o atendido por médico, enfermera o auxiliar enfermera, además tres cuartas partes de ellas no tuvieron la primera consulta posnatal en el tiempo requerido o no fueron atendidas por personal de salud capacitado (véase gráfica 5.1 y anexo C).

Gráfica 5.1: Distribución porcentual de las usuarias según el tipo y el componente de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012



Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

5.2.1 La atención prenatal en función de las dimensiones de Andersen.

Según los datos de la EMMUS V en 2012, el uso de control prenatal más apegado a las normas se registró entre el grupo de mujeres de 25 a 34 años. Las mujeres cuyo control prenatal se apegó a la norma pertenecen al grupo de relación conyugal más formal y están en promedio al principio de nivel secundario de escolaridad, mientras la otra categoría no superó la primaria. Más de la mitad

de dichas mujeres reside en zona urbana o en las regiones con mayor riqueza, como la zona metropolitana de Oeste o en el Norte. Por último, el rango de nacimiento del último hijo ¹⁶ y la alta exposición a los medios de comunicación masiva tienen una influencia importante en el uso del control prenatal según la norma sugerida. Con menor magnitud, un mayor nivel de autonomía puede ser también un buen predictor del dicho uso.

Considerando los factores de capacidad, dos tercios de las mujeres con situación económica muy baja no hacen un uso normativo del control prenatal. De ellas, más de la mitad enfrentan problemas de distancia para la búsqueda de atención y de dinero para buscar atención de salud.

Con relación a las barreras de necesidad, las mujeres que no tienen atención apegada a las normas han registrado una mayor historia previa de muerte neonatal que las otras. Con nivel de significancia menor a 0.05, se encontró que los antecedentes de mortinatalidad, de pérdida fetal y el embarazo no planeado de dichas mujeres son estadísticamente independientes del uso adecuado de los servicios médicos durante el embarazo (véase cuadro 5.4).

Cuadro 5.4: Descripción de las usuarias del servicio prenatal en función de las posibles barreras cualitativas en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012

Dimensión de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio prenatal		
			No normativo	Normativo	
Dimensión de Andersen	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo *** (n = 5,001)	14 – 19 años	60.9	39.1	
		20 – 24 años	49.5	50.5	
		25 – 29 años	43.8	56.2	
		30 – 34 años	41.9	58.1	
		35 – 49 años	53.8	46.2	
	Estado conyugal *** (n = 5,414)	Sin pareja o en unión libre no formal	50.6	49.4	
		Unión libre formal	51.9	48.1	
		Casada	41.9	58.1	
	Educación de la mujer * (n = 5,216)	0-17 años	4.2; 4.0; 3.7	6.4; 6.0; 4.5	
	Lugar de residencia*** (n = 5,414)	Rural	55.1	44.9	
		Urbano	39.6	60.4	
		Zona Metropolitana de Oeste	41.0	59.0	
		Norte	47.9	52.1	
		Resto de Oeste	51.3	48.7	
Predisposición	Región administrativa de residencia*** (n = 5,414)	Noreste	38.0	62.0	
		Nippes	50.8	49.2	
		Sureste	54.1	45.9	
		Centro	51.7	48.3	
		Grand'Anse	58.8	41.2	
		Rango de nacimiento del último hijo *** (n = 5,218)	1-14 rango	3.3; 2.0; 2.4	2.7; 2.0; 2.0
		Índice de autonomía ** (n = 4,422)	1-10 grados	6.1; 6.0; 2.7	6.4; 6.0; 2.6
Exposición a los medios de comunicación masiva *** (n = 5,414)	Bajo	59.7	40.3		
	Medio	43.8	56.2		
	Alto	35.2	64.8		

¹⁶ Dado que el rango de nacimiento se refiere al último nacimiento de la mujer, esta variable indica, hasta el momento de la encuesta, el número de hijos que tuvo la mujer vivos o muertos.

Cuadro 5.4: Descripción de las usuarias del servicio prenatal en función de las posibles barreras cualitativas en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012 (*continuación*)

Dimensión de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio prenatal	
			No normativo	Normativo
Capacidad	Nivel socioeconómico *** (n = 5,324)	Muy bajo	65.4	34.6
		Bajo	63.0	37.0
		Medio	49.6	50.4
		Alto	32.9	67.1
	Problema de distancia al buscar atención de salud *** (n = 5,413)	No	42.8	57.2
		Sí	56.2	43.8
Problema de dinero al buscar atención de salud *** (n = 5,411)	No	37.8	62.2	
	Sí	51.7	48.3	
Necesidad	Pérdida fetal (n = 5,414)	No	49.3	50.7
		Sí	46.6	53.4
	Mortinatalidad (n = 5,414)	No	49.0	51.0
		Sí	50.4	49.6
	Mortalidad neonatal *** (n = 5,414)	No	48.9	51.1
		Sí	52.4	47.6
	Embarazo no planeado (n = 5,408)	No	43.3	56.7
		Sí	54.9	45.1

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

*** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$ de las pruebas de independencia.

Para las variables cuantitativas, los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

5.2.2 La atención de parto en función de las dimensiones de Andersen.

Según datos del EMMUS V en 2012, las mujeres cuya atención de parto se apegó a la norma tienen entre 30-35 años, alcanzaron en promedio el nivel educativo de secundaria. De hecho, la mediana de años de educación es dos veces mayor a la categoría de mujeres que aún no superó la primaria. La zona de residencia es muy determinante en el uso del parto institucional con personal capacitado. La configuración territorial de la residencia es muy reveladora, puesto que más de la mitad de las mujeres que hacen uso no normativo de los servicios de parto residen fuera de la zona metropolitana de Oeste y tres cuartas partes de ellas viven en las áreas rurales. Dichas regiones posiblemente no cuentan con una institución de salud fácilmente accesible, además, tal y como se mostró en el apartado dos del segundo capítulo, el número de personal médico capacitado por cada habitante es menor. Cabe destacar que en Grand'Anse, el departamento más pobre del país según la encuesta, de cada cinco mujeres que tuvieron un nacimiento cinco años antes del levantamiento de la EMMUS V, cuatro de ellas no usaron el servicio de parto apegado a las normas. Se anota que entre mayor sea el número de hijos menor es su uso de parto según la norma sugerida, asimismo, la exposición a los medios de comunicación masivos resultó ser estadísticamente dependiente, mientras que la autonomía no parece tener influencia.

Respecto a la dimensión de capacidad, se destacó que el mayor nivel socioeconómico y la ausencia de problemas de distancia o de dinero son características que estimulan el uso del servicio de parto institucional con personal capacitado. Haciendo referencia a las barreras de necesidad, solo la historia de mortinatalidad no tiene relación con el parto con las normas recomendadas (ver cuadro 5.5).

Cuadro 5.5: Descripción de las usuarias del servicio de parto en función de las posibles barreras en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012

Dimensión de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio prenatal	
			No normativo	Normativo
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo *** (n = 5,001)	14 – 19 años	58.8	41.2
		20 – 24 años	59.2	40.8
		25 – 29 años	59.3	40.7
		30 – 34 años	57.6	42.4
		35 – 49 años	68.4	31.6
	Estado conyugal** (n = 5,414)	Sin pareja o en unión libre no formal	53.2	46.8
		Unión libre formal	69.2	30.8
		Casada	54.8	45.2
	Educación de la mujer *** (n = 5,216)	0-17 años	4.6; 4.0; 3.9	7.8; 8.0; 4.5
	Lugar de residencia *** (n = 5,414)	Rural	73.7	26.3
		Urbano	40.4	59.6
		Zona Metropolitana de Oeste	40.3	59.7
		Norte	57.5	42.5
		Resto de Oeste	68.2	31.8
		Artibonite	66.9	33.1
		Sur	62.8	37.2
		Noroeste	71.2	28.8
		Noreste	58.9	41.1
		Nippes	70.6	29.4
	Región administrativa*** (n = 5,414)	Sureste	76.4	23.6
Centro		72.1	27.9	
Grand'Anse		80.8	19.2	
Rango de nacimiento del último hijo ** (n = 5,218)		1-14 rango	3.2; 2.0; 2.4	2.2; 2.0; 1.7
Índice de autonomía de la mujer (n = 4,422)		1-10 grados	6.2; 6.0; 2.7	6.3; 6.0; 2.7
Exposición a los medios de comunicación *** (n = 5,414)		Bajo	74.7	25.3
		Medio	60.5	39.5
	Alto	35.4	64.6	
Capacidad	Nivel socioeconómico *** (n = 5,324)	Muy bajo	86.5	13.5
		Bajo	81.7	18.3
		Medio	63.1	36.9
		Alto	35.1	64.9
	Problema de distancia al buscar atención de salud *** (n = 5,413)	No	51.3	48.7
Problema de dinero al buscar atención de salud *** (n = 5,411)	Sí	71.4	28.6	
	No	45.5	54.5	
Sí	64.5	35.5		
	Necesidad	Mortinatalidad** (n = 5,414)	No	60.4
Sí		67.8	32.2	
Mortalidad neonatal *** (n = 5,414)		No	60.3	39.7
Sí		68.5	31.5	
Embarazo no planeado *** (n = 5,408)		No	57.1	42.9
Sí	64.5	35.5		
Componentes de la Salud Materna	Uso normativo del servicio prenatal *** (n = 5,365)	Bajo	72.5	27.5
		Alto	49.4	50.6

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Nota: *** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$ pruebas de independencia.

Para las variables cuantitativas, los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

5.2.3 La atención posnatal en función de las dimensiones de Andersen

Respecto al primer control posnatal, se destacó que cinco años antes de la encuesta, las mujeres que hacen un uso normativo en este periodo pertenecen al mismo grupo que las de asistencia al parto considerando la educación, la edad y el rango de nacimiento. Ellas están al fin del primer ciclo de secundaria, mientras el grupo de uso no normativo están a media de primaria tomando en cuenta la mediana de años de educación. Además, la proporción de uso normativo posnatal crece con la mayor edad, mayor exposición a los medios de comunicación masivas y se refiere a las mujeres con menor número promedio de nacimientos. Se tiene que, para las mujeres analizadas, la zona de residencia es una barrera importante en el uso de servicio puerperal según la norma: dos tercios de las residentes en zonas rurales no usaron el servicio posnatal a tiempo o con personas capacitadas y más de 80% de ellas vive en departamentos con altos porcentajes de pobres.

La pertenencia a nivel socioeconómico más alto, la ausencia de problemas de distancia y dinero al buscar atención médica disminuyen el uso de los servicios posnatales fuera de las normas. El uso adecuado del servicio posnatal depende también de si el embarazo fue planeado o si el uso de servicios prenatal y de parto fueron con normatividad. La prueba de Ji cuadrada señala la no dependencia de la autonomía, el estado conyugal y la mortalidad neonatal con el tipo de uso de salud materna puerperal a nivel de significancia inferior a 0.05 (véase cuadro 5.6).

Cuadro 5.6: Descripción de las usuarias del servicio posnatal en función de las posibles barreras en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Dimensión de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio posnatal		
			No normativo	Normativo	
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo *** (n = ,5001)	14 – 19 años	77.4	22.6	
		20 – 24 años	76.8	23.2	
		25 – 29 años	75.9	24.1	
		30 – 34 años	74.1	25.9	
		35 – 49 años	81.8	18.2	
	Estado conyugal (n = 5,414)	Sin pareja o en unión libre no formal	73.5	26.5	
		Unión libre formal	81.7	18.3	
		Casada	72.9	27.1	
	Educación de la mujer *** (n = 5,216)	0-17 años	4.6; 4.0; 3.9	7.8; 8.0; 5.4	
	Lugar de residencia *** (n = 5,414)	Rural	84.1	15.9	
		Urbano	65.9	34.1	
		Zona Metropolitana de Oeste	66.0	34.0	
		Norte	75.2	24.8	
		Resto de Oeste	80.4	19.6	
		Artibonite	81.5	18.5	
		Sur	80.4	19.6	
		Región administrativa*** (n = 5,414)	Noroeste	84.1	15.9
			Noreste	75.9	24.1
			Nippes	83.7	16.3
Sureste			80.5	19.5	
Centro	81.2		18.8		
	Grand'Anse	89.6	10.4		

Cuadro 5.6: Descripción de las usuarias del servicio posnatal en función de las posibles barreras en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012 (*continuación*)

Dimensión de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio posnatal	
			No normativo	Normativo
Predisposición	Rango de nacimiento del último hijo ** (n = 5,218)	1-14 rango	3.2; 2.0; 2.4	2.2; 2.0; 1.7
	Índice de autonomía (n = 4,422)	1-10 grados	6.2; 6.0; 2.7	6.3; 6.0; 2.7
	Exposición a los medios de comunicación *** (n = 5,414)	Bajo Medio Alto	85.1 76.6 62.7	14.9 23.4 37.3
Capacidad	Nivel socioeconómico *** (n = 5,324)	Muy bajo	92.3	7.7
		Bajo	88.4	11.6
		Medio	79.9	20.1
		Alto	61.7	38.3
	Problema de distancia al buscar atención de salud *** (n = 5,413)	No Sí	71.9 82.9	28.1 17.1
Necesidad	Problema de dinero a al buscar atención de salud *** (n = 5,411)	No Sí	69.0 79.0	31.0 21.0
		Mortalidad neonatal (n = 5,414)	No Sí	77.0 77.1
Componentes de la Salud Materna	Embarazo no planeado *** (n = 5,408)	No Sí	74.7 79.4	25.3 20.6
		Uso normativo del servicio prenatal *** (n = 5,414)	Bajo Alto	84.5 69.8
	Uso normativo del servicio de parto *** (n = 5,414)	Bajo Alto	96.8 46.5	3.2 53.5

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Nota: *** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$ pruebas de independencia.

Para las variables cuantitativas, los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

Como lo han sostenido Rai y colaboradores (2012), la distribución del uso de atención prenatal, de parto y posnatal tienen una fuerte dependencia entre ellas, tomando en cuenta el esquema del continuo de la atención materna. De esta forma, el uso normativo de posnatal depende del tipo de atención elegida o recibida en el control prenatal y en el parto; además, el uso normativo del parto depende del uso de servicio prenatal¹⁷.

¹⁷ En el anexo C se presentan la descripción por filas de las barreras en función del tipo de uso de la atención materna de las mujeres de Haití que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la encuesta EMMUS-V de 2012.

5.3 Determinantes del uso normativo de servicios de atención a la salud

materna

En esta sección se presentan las variables que conjuntamente influyen en el uso apegado a la norma de la atención materna. Para categorizarlas como barreras de uso de la atención materna, se consideró que el evento fuera significativo en el modelo a nivel de 0.05 y que su realización obstaculice dichos usos; por el contrario, los impulsos lo facilitan. Por lo tanto, la razón de momio de una barrera es menor a uno mientras que la de un impulso es mayor a la unidad. Dado que la estimación del modelo estructural fue por el método generalizado, las pruebas de bondad de ajuste habituales “goodness-of-fit”, las R^2 o la descomposición de los efectos directos o indirectos no pueden aplicarse. Las pruebas de razón de verosimilitud confirman que la estimación con todas las variables es mejor que los modelos reducidos sin la edad y la zona de residencia que tenían autocorrelación mayor a 0.7, respectivamente, con el rango de nacimiento y el nivel socioeconómico (véase anexo C). La prueba de Wald confirmó el buen ajuste del modelo de manera global, así como en cada ecuación con un p-valor inferior a 0.001. Los criterios de información de Akaike y Schwarz con valores mínimos convalidaron la elección del modelo completo. Por último, respecto al marco teórico y metodológico, se presenta el diagrama del uso de la atención materna que fue realizado para la estimación del MEEG (véase anexo D).

5.4 Uso normativo de servicios de atención a la salud materna en el

periodo prenatal

Se tiene que para las mujeres en Haití que tuvieron un nacimiento en los cinco años previos a la encuesta, las características de predisposición que actuaron como barreras al uso del control prenatal normativo fueron: ser madre adolescente y, con menor magnitud, el mayor rango de nacimiento del último hijo. De manera que, respecto a las mujeres entre 25 y 29 años, las gestantes adolescentes tienen 0.6 veces menos posibilidad de un uso de control prenatal adecuado, manteniendo el resto de los otros factores constantes. En el mismo sentido, por cada unidad que se incremente la paridad de la mujer disminuye la posibilidad 0.94 veces de que tenga un uso normativo de servicios durante el periodo de la gestación.

En cuanto a las barreras de capacidad y de necesidad, se identificó la presencia de problemas de distancia para buscar atención y que el embarazo fuese no planeado como factores que disminuyen 0.76 y 0.72 veces, respectivamente, la intención de usar los servicios de salud normativa (véase cuadro 5.7).

Igualmente, que el mayor nivel de educación, el estado de unión libre formal y la residencia en los departamentos de Noreste, Sureste o Centro, la frecuencia mediana o alta de exposición a los medios de comunicación masivos son factores de predisposición protectores. Cabe destacar que, a diferencia del resto de los departamentos, la residencia en el Noreste casi se triplica la posibilidad de hacer un uso normativo del control prenatal. En tanto, el hecho de ser casada, de residir en el departamento de Nippes o de tener un mayor grado de autonomía incrementan la posibilidad de dicho uso, aunque con menor magnitud. El único estímulo en la dimensión de capacidad es la pertenencia a un nivel socioeconómico mediano o alto. Es importante subrayar que las mujeres con un nivel socioeconómico alto tienen tres veces más posibilidades de tener un uso normativo del control prenatal. Ningún factor de necesidad considerado en esta investigación alienta el uso normativo de atención materna en el periodo prenatal (véase cuadro 5.7).

Cuadro 5.7: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención prenatal en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Factores de Andersen	Variables explicativas	Exp(b)	Error estándar	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo				
	25 – 29				
	14 – 19 ***	0.63	0.10	0.45	0.87
	20 – 24	0.83	0.10	0.65	1.07
	30 – 34	1.17	0.14	0.93	1.47
	35 y más	1.06	0.17	0.77	1.46
	Estado conyugal				
	Sin pareja o en unión libre no formal				
	Unión libre formal **	1.29	0.15	1.02	1.63
	Casada *	1.27	0.17	0.97	1.65
	Educación de la mujer ***	1.08	0.02	1.05	1.11
	Lugar de residencia				
	Rural				
	Urbano	0.93	0.12	0.72	1.20
	Región administrativa				
	Zona Metropolitana de Oeste				
	Norte	1.25	0.23	0.88	1.78
	Resto de Oeste	1.14	0.22	0.78	1.67
	Artibonite	1.21	0.24	0.81	1.79
	Sur	0.94	0.19	0.63	1.41
	Noroeste	1.28	0.29	0.82	2.00
	Noreste ***	2.92	0.59	1.97	4.33
	Sureste **	1.53	0.30	1.03	2.26
	Nippes *	1.43	0.27	0.99	2.08
	Centro ***	1.79	0.35	1.21	2.63
	Grand'Anse	1.35	0.24	0.94	1.92

Cuadro 5.7: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención prenatal en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012 (continuación)

Factores de Andersen	Variables explicativas	Exp(b)	Error estándar	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Predisposición	Rango de nacimiento del último hijo **	0.94	0.03	0.89	0.99
	Índice de autonomía *	1.03	0.02	1.00	1.07
	Exposición a los medios de comunicación				
	Bajo				
	Medio ***	1.33	0.14	1.08	1.64
Alto**	1.36	0.19	1.04	1.78	
Capacidad	Nivel socioeconómico				
	Muy bajo				
	Bajo	1.14	0.15	0.88	1.48
	Medio ***	1.64	0.24	1.23	2.19
	Alto ***	2.76	0.57	1.84	4.13
	Problema de distancia				
	No				
	Sí ***	0.76	0.07	0.64	0.90
	Problema de dinero				
	No				
Sí	0.94	0.11	0.74	1.19	
Necesidad	Pérdida fetal				
	No				
	Sí	1.05	0.15	0.79	1.38
	Mortinatalidad				
	No				
	Sí	1.27	0.27	0.83	1.93
	Mortalidad neonatal				
	No				
	Sí	1.21	0.18	0.91	1.62
	Embarazo no planeado				
	No				
	Sí ***	0.73	0.06	0.62	0.85
	Constante ***	0.22	0.07	0.12	0.41

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Nota: *** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$.

5.5 Uso normativo de servicios de atención a la salud materna en el periodo del parto

Según datos del EMMUS V, para las mujeres en Haití, las características de predisposición que actuaron como barreras en el uso del parto normativo fueron el rango de nacimiento del último hijo y el hecho de pertenecer al grupo etario de 20 a 24 años. De manera que, por cada unidad que incrementa la paridad de la mujer, disminuyó 0.77 veces el uso normativo del parto, mientras que la pertenencia al grupo de edad de 20-24 años lo bajó a 0.63 veces al comparar con el grupo de edad 25-29 años. La presencia de problemas de distancia es un obstáculo de capacidad que actúa con menor magnitud (véase cuadro 5.8).

En tanto que la mayor edad (grupo 35 y más) de la mujer al momento del embarazo, el mayor nivel de educación, la residencia en zona urbana, la exposición alta a los medios de comunicación

masivos son factores de predisposición protectores para el uso normativo de la atención materna, la residencia en los departamentos de Noreste y Centro influyen con menor magnitud. La no pertenencia a un nivel socioeconómico muy bajo y el historial de mortalidad neonatal en embarazos previos actúan como factores protectores de capacidad y de necesidad, respectivamente. Por ello, la pertenencia a nivel socioeconómico medio o alto aumenta respectivamente de 2.7 y 3.8 veces la posibilidad de usar un servicio de parto normativo. Asimismo, el registro de mortalidad neonatal aumenta casi dos veces la posibilidad de que la mujer haga un uso de parto apegado a las normas. Por último, como componentes del continuo de la atención materna, el uso normativo en el periodo prenatal incrementa 1.6 veces la posibilidad de tener un uso de parto del mismo tipo (véase cuadro 5.8).

Cuadro 5.8: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención de parto en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Factores de Andersen	Variables explicativas	Exp(b)	Error estándar	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo				
	25 – 29				
	14 – 19	0.76	0.15	0.52	1.11
	20 – 24 **	0.78	0.09	0.62	0.98
	30 – 34	1.24	0.19	0.92	1.67
	35 y más ***	1.73	0.31	1.21	2.47
	Estado conyugal				
	Sin pareja o en unión libre no formal				
	Unión libre formal	0.85	0.12	0.65	1.12
	Casada	0.95	0.15	0.70	1.28
	Educación de la mujer ***	1.14	0.02	1.11	1.17
	Lugar de residencia				
	Rural				
	Urbano**	1.44	0.24	1.03	2.00
	Región administrativa				
	Zona Metropolitana de Oeste				
	Norte	1.05	0.22	0.69	1.59
	Resto de Oeste	0.73	0.17	0.46	1.17
	Artibonite	1.04	0.27	0.62	1.75
	Sur	1.14	0.33	0.65	2.00
	Noroeste	0.88	0.22	0.55	1.43
	Noreste *	1.64	0.45	0.96	2.80
	Nippes	1.11	0.30	0.66	1.89
	Sureste	0.69	0.17	0.42	1.13
	Centro *	1.69	0.51	0.94	3.04
	Grand'Anse	0.71	0.20	0.41	1.25
	Rango de nacimiento del último hijo ***	0.77	0.03	0.71	0.84
	Índice de autonomía	0.99	0.02	0.95	1.02
	Exposición a los medios de comunicación				
	Bajo				
Medio	0.86	0.10	0.68	1.09	
Alto**	1.35	0.20	1.01	1.79	

Cuadro 5.8: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención de parto en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012 (*continuación*)

Factores de Andersen	Variables explicativas	Exp(b)	Error estándar	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Capacidad	Nivel socioeconómico				
	Muy bajo				
	Bajo **	1.49	0.29	1.01	2.20
	Medio ***	2.66	0.57	1.74	4.06
	Alto ***	3.80	0.93	2.34	6.16
	Problema de distancia				
	No				
	Sí *	0.83	0.09	0.67	1.03
	Problema de dinero				
	No				
Sí	1.09	0.15	0.83	1.43	
Necesidad	Mortinatalidad				
	No				
	Sí	1.06	0.24	0.68	1.65
	Mortalidad neonatal				
	No				
	Sí ***	1.94	0.40	1.30	2.91
Componentes de Salud materna	Embarazo no planeado				
	No				
	Sí	0.94	0.08	0.79	1.11
Componentes de Salud materna	Uso normativo de atención prenatal				
	No				
	Sí ***	1.64	0.18	1.33	2.03
	Constante ***	0.14	0.05	0.07	0.28

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Nota: *** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$

5.6 Uso normativo servicios de atención a la salud materna en el periodo posnatal

En el caso del uso normativo de la primera consulta posnatal, el único factor que actuó como barrera fue el rango de nacimiento del último hijo. Sin embargo, el efecto no es tan considerable dado que por cada unidad que se incremente la paridad de la mujer, disminuye la posibilidad de uso 0.9 veces. Por lo contrario, en la misma dimensión de predisposición y necesidad, respectivamente, la residencia en el departamento de Sureste y la presencia de mortalidad neonatal en los embarazos previos aumentan respectivamente 2.0 y 1.3 veces la posibilidad de que las mujeres tengan un uso apegado a las normas. También cabe resaltar el efecto considerable de la atención prenatal y del parto para que la mujer opte por un uso normativo en la atención posnatal. El nivel socioeconómico alto y la residencia en el Centro son factores protectores, pero con menor fuerza. (véase cuadro 5.9)

Cuadro 5.9: Determinantes del uso normativo en las usuarias de la atención posnatal en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Factores de Andersen	Variables explicativas	Exp(b)	Error estándar	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo				
	25 – 29				
	14 – 19	0.88	0.23	0.53	1.47
	20 – 24	0.86	0.13	0.63	1.16
	30 – 34	1.27	0.23	0.88	1.82
	35 y más	1.24	0.26	0.82	1.89
	Estado conyugal				
	Sin pareja o en unión libre no formal				
	Unión libre formal	1.15	0.18	0.85	1.57
	Casada	1.01	0.18	0.71	1.43
	Educación de la mujer	1.03	0.02	0.99	1.06
	Lugar de residencia				
	Rural				
	Urbano	0.92	0.17	0.64	1.32
	Región administrativa				
	Zona Metropolitana de Oeste				
	Norte	1.02	0.21	0.68	1.53
	Resto de Oeste	1.15	0.29	0.70	1.89
	Artibonite	1.08	0.29	0.64	1.82
	Sur	0.89	0.20	0.58	1.37
	Noroeste	1.17	0.29	0.72	1.89
	Noreste	1.32	0.32	0.82	2.12
	Nippes	0.88	0.25	0.51	1.53
	Sureste **	1.99	0.51	1.21	3.29
	Centro *	1.71	0.48	0.98	2.97
	Grand'Anse	1.02	0.30	0.57	1.81
	Rango de nacimiento del último hijo **	0.90	0.05	0.81	0.99
Índice de autonomía	1.00	0.02	0.96	1.05	
Exposición a los medios de comunicación					
Bajo					
Medio	0.96	0.13	0.73	1.26	
Alto	1.01	0.18	0.71	1.43	
Capacidad	Nivel socioeconómico				
	Muy bajo				
	Bajo	1.43	0.39	0.84	2.45
	Medio	1.29	0.39	0.71	2.34
	Alto *	1.86	0.62	0.96	3.60
	Problema de distancia				
	No				
Sí	1.10	0.14	0.85	1.42	
Problema de dinero					
No					
Sí	1.00	0.16	0.73	1.36	
Necesidad	Mortalidad neonatal				
	No				
	Sí ***	1.06	0.13	1.13	2.95
	Embarazo no planeado				
No					
Sí	1.06	0.13	0.83	1.34	
Componentes de Salud materna	Uso normativo de atención prenatal				
	No				
	Sí **	1.30	0.16	1.03	1.65
	Uso normativo de atención en el parto				
	No				
Sí ***	30.76	5.96	21.02	45.03	
Constante ***	0.01	0.01	0.01	0.03	

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Nota: *** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$

5.7 Predicciones del uso normativo de los servicios de la atención a la salud materna

La finalidad de una modelación estadística es describir, comprobar hipótesis o hacer inferencia acerca de un fenómeno. Con frecuencia lo último representa el paso final que permite asegurar la validez y la confiabilidad de los parámetros estimados. Al contrario de la regresión de variables cuantitativas, los modelos no lineales como los de función logística hacen predicciones de manera distinta. A continuación, se presentan las probabilidades predictivas del uso en cada componente de la atención materna, las probabilidades marginales de dichos usos en promedio del valor de los factores explicativos. En última fase, se estimaron los cambios en las probabilidades marginales en la interacción de los componentes de salud materna a partir de los efectos marginales (StataCorp, 2015; Hair, *et al.*, 2010).

5.7.1 Probabilidades predictivas de uso de los servicios de atención a la salud materna

Si se considera una población de mujeres de Haití con las características de predisposición, de capacidad y de necesidad análogas a las analizadas en esta investigación, la probabilidad promedio de usar el servicio prenatal, de parto y posnatal son, 0.50, 0.34 y 0.20, respectivamente. Los rangos de estas probabilidades predichas son muy amplios, donde los valores máximos de más de 0.80 reflejan características en esta población que favorecen considerablemente el uso normativo de atención materna (véase el cuadro 5.10).

Cuadro 5.10: Las probabilidades predictivas de uso normativo de la atención materna en los cinco años previos de la EMMUS-V en valor promedio de cada barrera, Haití, 2012

Variable	Observación	Media	Desviación. Estándar	Mínimo	Máximo
P(prenatal=1)	4,345	0.498	0.180	0.116	0.949
P(parto=1)	4,345	0.345	0.258	0.006	0.973
P(posnatal=1)	4,345	0.201	0.245	0.006	0.838

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

5.7.2 Probabilidades marginales y efectos marginales de uso de los servicios de atención a la salud materna

A continuación, se presentan las probabilidades marginales promedio en el uso en cada momento de la atención materna en valor medio de las variables explicativas. De manera global, con valores promedios de los factores de predisposición, de capacidad y de necesidad en todas las

mujeres con características parecidas a la EMMUS-V, se espera un uso de 51% en el control prenatal según las normas propuestas. La probabilidad de requerir un parto institucional y la de tener la primera consulta posnatal son de 0.37 y 0.22 respectivamente, siendo ambos con personas capacitadas. Por lo tanto, manteniendo los otros factores constantes, el uso los servicios de salud materna continúa siendo decreciente en el continuo de la atención (véase el cuadro 5.11). Cabe resaltar una baja el uso del parto y de la consulta posnatal respecto a la cobertura proporcionada en la encuesta.

Cuadro 5.11: Las probabilidades marginales en promedio de los covariantes del uso normativo de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Variables	Probabilidad marginal	Desviación estándar	p-valor ¹	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
P(prenatal=1)	0.515	0.011	0.000	0.494	0.536
P(parto=1)	0.377	0.010	0.000	0.357	0.397
P(posnatal=1)	0.222	0.007	0.000	0.208	0.235

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Respecto a las cifras de la EMMUS-V, se especifica a continuación que la cobertura del uso normativo del parto y de posnatal aumenta de 6% y 1% respectivamente tras un control prenatal adecuado, mientras el parto institucional con personal capacitado multiplica 1.13 veces la búsqueda de la primera consulta puerperal, manteniendo el resto de los otros factores constantes. Además, los efectos marginales indican que el uso normativo de atención prenatal aumenta respectivamente 8% la probabilidad de usar un parto institucional y de 3% la de tener la primera consulta posnatal, siendo ambos con personas capacitadas y manteniendo los otros factores constantes. Por último, con el uso de parto normativo crecen 46% las oportunidades de que, en la siguiente etapa, es decir en el puerperio, las mujeres se beneficien de un mejor servicio¹⁸ (véase el cuadro 5.12).

¹⁸ Se proporciona en anexo D las estimaciones de confiabilidad de los efectos marginales de los covariantes del uso de la atención materna.

Cuadro 5.12: Las probabilidades marginales ajustadas y efectos marginales del uso normativo de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012

Variables	Probabilidad marginal ajustada	Desviación estándar	Cambio respecto a 2012 (%)	Efecto marginal promedio	p-valor	Intervalo de confianza del 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Para prenatal = 1							
P(parto=1)	0.414	0.015	0.062	0.083	0.000	0.386	0.443
P(posnatal=1)	0.232	0.009	0.009	0.029	0.000	0.214	0.252
Para parto = 1							
P(posnatal=1)	0.491	0.020	1.135	0.457	0.000	0.451	0.528

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Por lo tanto, se confirma que el uso normativo en cada etapa de la atención materna influye considerablemente el tipo de uso en el evento inmediato anterior. Como se puede observar, el efecto del uso normativo del servicio prenatal actúa en menor medida en el posnatal, mientras que tiene un peso considerable al momento del parto y en el periodo puerperal. Así, con un uso de atención normativo de todas las mujeres de la población objetiva, el periodo posnatal tendrá la mayor cobertura de la atención materna.

5.7.3 El tipo de uso de servicios en los tres componentes de la atención a la salud materna según perfiles específicos de las mujeres

En este apartado se estimó el uso de los tres componentes de la salud materna con respecto al perfil de las mujeres en distintas circunstancias¹⁹: Respecto al escenario

- **pesimista:** se consideró a las mujeres de entre 15 y 19 años, con relación conyugal no formal o soltera, tienen un solo año de escolaridad, viven en zona rural del departamento de Grand'Anse, tienen un grado de autonomía de 4.8, experimentaron dos nacimientos y una exposición baja a los medios de comunicación; además, tienen un nivel socioeconómico muy bajo y problemas de distancia y de dinero en su búsqueda de atención médica; por último, no tienen historial de pérdida fetal, de mortinatalidad, de muerte neonatal y el último embarazo no fue planeado.
- **optimista:** se consideró a las mujeres de entre 25 y 29 años, son casadas, tienen ocho años de escolaridad, viven en la zona metropolitana que es totalmente urbana, tienen un grado de autonomía de 8.6, experimentaron un solo nacimiento y una exposición alta a los medios

¹⁹ En el anexo D se presentan más información acerca de las características de las mujeres que tienen menor y mayor probabilidad de usar los servicios de salud respecto al marco teórico mencionado y en función de la pauta de los parámetros estimados

de comunicación; además, tienen un nivel socioeconómico alto y no tienen problemas de distancia ni de dinero en su búsqueda de atención médica; por último, tienen historial de pérdida fetal, de mortinatalidad, de muerte neonatal y su embarazo fue planeado.

De hecho, las mujeres adolescentes y con las características de predisposición, de capacidad y de necesidad no favorables tienen una probabilidad de 0.19 de usar el servicio prenatal apegado a la norma. Esta probabilidad disminuye en 0.07 para que se beneficien de un parto normativo. Con este perfil mencionado, se cae a 0.01 la probabilidad de que ellas reciban la atención posnatal con las normas de uso requerido. Cabe enfatizar que se disminuye la probabilidad de uso conforme el avance en los distintos servicios de atención materna.

Por el contrario, las probabilidades de usar los servicios de salud materna rebasarían el 80% en las mujeres con características eximentes del escenario optimista en el periodo prenatal y de parto. Cabe destacar que mientras la probabilidad sea menor en el uso de la primera visita posnatal, este indicador se triplicaría respecto a la cifra de la EMMUS-V (véase el cuadro 5.13).

Cuadro 5.13: Las probabilidades ajustadas del uso normativo de la atención materna en función de características específicas de las usuarias en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Variables	Probabilidad predictiva	Desviación estándar	p-valor	Intervalo de confianza del 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Escenario pesimista					
P(prenatal=1)	0.192	0.037	0.000	0.118	0.265
P(parto=1)	0.071	0.022	0.001	0.028	0.113
P(posnatal=1)	0.014	0.006	0.015	0.003	0.024
Escenario optimista					
P(prenatal=1)	0.808	0.055	0.000	0.701	0.916
P(parto=1)	0.860	0.046	0.000	0.770	0.950
P(posnatal=1)	0.720	0.073	0.000	0.578	0.860

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

De manera general, este estudio ha permitido identificar qué características de la mujer o de su hogar de residencia tienen un papel fundamental en el uso de los servicios de salud en el transcurso de su maternidad. Los factores significativos indican de qué manera se deben promover los cambios de comportamientos en la salud y los efectos marginales proporcionan ideas acerca de la influencia de políticas públicas a aplicar para que este cambio de comportamiento esperado sea eficiente. Es importante de apuntar al escenario optimista cuyos indicadores se acercan a la realidad actual de la zona Latinoamericana y Caribe, salvo el componente posnatal que continúa siendo bajo (García Prado, 2016).

Capítulo 6 : Conclusión y recomendaciones

En este trabajo se investigó sobre qué características de las mujeres y su entorno actúan como barreras de predisposición, de capacidad y de necesidad para el uso normativo de la salud materna en periodo prenatal, de parto y posnatal. Destaca que estas barreras son distintas y dependen del momento de la maternidad. Se observó un decremento del uso normativo a medida que avanza en el continuo de la atención y el mayor número de hijos se convirtió en un obstáculo en las tres componentes.

Los factores de predisposición tienen más influencia en el uso normativo de los servicios de salud materna en el periodo prenatal y de parto. Por ello, el mayor nivel de educación, la mayor edad y la alta exposición a los medios de comunicación son factores protectores de la búsqueda de servicios apegados a la normatividad en el periodo prenatal y en el momento del parto, mientras que la autonomía de la mujer tiene una influencia menor en la preñez. La última es más relevante en el periodo prenatal debido posiblemente a que en este servicio se requieren múltiples visitas en momentos determinados.

Respecto a los factores de capacidad, la pertenencia a un nivel socioeconómico alto facilita la búsqueda de servicios de salud normativos, mientras el problema de distancia hacia una institución de salud lo dificulta. El embarazo no planeado es una barrera de necesidad, mientras la presencia de un historial de pérdida fetal o de muerte neonatal alientan la exigencia de parto y de la consulta posnatal normativas. Por último, se confirma el efecto del uso normativo de cada componente de la atención materna en el seguimiento de la atención con estándar requerido.

6.1 Reflexiones acerca de las barreras y los factores protectores del uso normativo de la atención a la salud materna

6.1.1 El uso de los servicios de salud materna prenatal

Respecto a los resultados de esta investigación, poco más de la mitad de las mujeres que acuden a un control prenatal lo hacen según las normas. El bajo uso es más relevante en las multíparas que posiblemente asumen que dominan el embarazo y no necesitan las cuatro visitas, ni siquiera la presencia de personas capacitadas. Dado que es un cambio fisiológico importante en la mujer, se puede suponer una falta de experiencia sobre el evento por parte de las primerizas, que sí buscaron conocer el desarrollo de su embarazo (atención prenatal). Además, al igual que en otros estudios,

las adolescentes son las que tienen menos posibilidades de uso normativo del servicio prenatal, lo cual se relaciona con un estigma tanto en el ámbito social directo como en las instituciones de salud (Williamson, 2013).

La distancia representa una barrera relacionada con la configuración administrativa y territorial del país. Una de las metas de la política de salud de 2012 fue hacer funcionar las unidades administrativas de salud con el fin de mejorar la cobertura en servicios de salud (MSPP, 2012c). Lo que hizo suponer que, en los cinco años previos a la encuesta, la falta de descentralización debilitó el acceso y esto, a su vez, el uso de la atención aun a nivel primario, que es el más bajo de la pirámide de organización de los servicios de salud. Por el contrario, Ugalde y Homedes (2002) resaltaron que, en América Latina, la descentralización tuvo un resultado opuesto al esperado, dado que para lograr el éxito se debe considerar el lado geográfico, institucional y funcional. La evidencia empírica señala que el parto debe darse a menos de dos horas de distancia de un centro de salud equipado (Campbell y Graham, 2006). De ahí que sea más realista resolver problemas de distancia poniendo puestos de servicios de salud cercanos a las comunidades que por la descentralización de los servicios.

El embarazo no planeado resultó ser un factor de desaliento en la búsqueda de salud prenatal. Este ocurre en casi la mitad de las mujeres bajo estudio y pone en relieve la alta demanda insatisfecha de anticoncepción en este periodo. Por ello, según datos de la EMMUS-V se estima que 36% de las mujeres fértiles y activas sexualmente reportan no querer más hijos o desean retrasar el siguiente nacimiento, pero no usan ningún método anticonceptivo. De estas necesidades insatisfechas, 16% se relacionó con el intervalo intergenésico y 20% con la limitación de embarazo (MSPP, 2012a).

La unión libre formal o el matrimonio, que conllevan menos obstáculos sociales, tenderían a fortalecer la confianza para asistir al médico para el control prenatal. Quintero y colaboradores (2007) muestran que las mujeres del litoral pacífico colombiano que conviven en pareja presentan mayores tasas de asistencia calificada en los tres niveles de atención materna. Dado que, en la presente investigación, esta relación se resaltó únicamente en el periodo de gestación, probablemente tiene que ver con características que en este momento diferencian a este grupo de mujeres sin pareja o en unión libre no formal. El Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica indica que las mujeres solteras experimentan dos muertes maternas más por cada 10

mil nacidos vivos que las unidas (INEC, 2017). En una población hospitalaria, Salgueiro y colaboradores identificaron que el estado civil "soltera" se asoció con un incremento del bajo peso al nacer y muerte fetal. Sin embargo, para Bor y colaboradores (2004), este indicador demográfico es más una variable-proxy que describe una situación subyacente como el nivel educacional, económico, social, que sí han sido identificadas que tienen influencia en la salud materna. De hecho, los resultados de esta investigación identifican el incremento del nivel de escolaridad y socioeconómico como un factor contributivo al aumento de las consultas prenatales. Por último, la oferta de servicios prenatales rebasó 90% de las instituciones de salud en 2013 (MSPP; IHE; ICF, 2014). De ahí que no se puede deslindar de la creencia cultural de las mujeres que hacen bajo uso de servicios de control prenatal porque suponen que el personal médico induce la cesárea de manera deliberada con los medicamentos prescritos en el periodo de la gestación (Damus, 2012).

6.1.2 El uso de los servicios de salud materna al momento del parto

A pesar de la correlación positiva entre rango de nacimiento y edad (véase anexo C), esta última no se ha convertido en una barrera en el parto, sino una motivación en las mujeres mayores a 35 años. La mayor edad, a veces, se relaciona con la madurez para la toma de buenas decisiones, pero continúa siendo un indicador de riesgo en el parto en el rango de los 35 años y más (WHO, 2016). El obstáculo por el nivel socioeconómico es más un costo social que un costo médico. A pesar del bajo precio que las mujeres tienen que pagar para la utilización de servicios en las instituciones de salud pública, los costos de parto son todavía altos porque se incluye la bolsa del parto, esto es un conjunto de aseo personal para la parturienta y su hijo que deben estar en buen estado (WHO, 2010).

Otro hallazgo en esta investigación es la relevancia del lugar de residencia para la utilización de la atención de parto, dado que depende mucho de la disponibilidad de los servicios. Se subrayó que, en 2012, se contaba con 43% de instituciones con servicios de parto 24 horas, siete días a la semana y la mayoría situados en zonas urbanas. Además, en 2013, la razón de personal de salud era de 1.4 médicos y 1.8 enfermeras por cada 10 000 habitantes en el sector público y 1.0 y 2.1 en el privado, respectivamente, con tasas menores en las zonas rurales (PAHO, 2017a). Aunado a esto, las regiones con menor urbanización son con frecuencia las más pobres (Bárcena, 2001) y en la presente investigación se encontró que la Grand'Anse tiene ambas características, siendo el departamento en el cual las mujeres tuvieron el más bajo uso normativo con nivel crítico para el

parto (20%). La región de residencia se acerca también a la accesibilidad de los servicios de salud, puesto que con la EMMUS se encontró una cobertura de seguro de salud en las mujeres que viven en región urbana de 5.8%, a diferencia de 1.5% en las residentes de área rural; la zona metropolitana de Oeste tiene 8.3% de afiliación a un seguro de salud, mientras que en los departamentos más pobres es menor de 2%. Por último, no se puede dejar de lado que el historial de muertes neonatales representa un factor en la búsqueda de la atención apegada a las normas en el parto y el puerperio. Con la EMMUS V se estimó que, en 2012, de cada 1000 nacidos vivos 31 fallecieron antes de cumplir un mes. La mayoría de las muertes neonatales ocurren por el no uso de servicio posnatal o por su cumplimiento tardío, dado que más de dos tercios de los partos ocurrieron fuera de una institución de salud (MSPP, 2012a).

Es importante destacar que la perspectiva individual no permite explicar todo el comportamiento de las mujeres respecto al uso de servicios de parto. En Haití, la cultura - incluyendo la religión vudú- tiene un peso fuerte y la preferencia por las matronas tradicionales es considerable. Primero, las matronas acompañan el proceso del parto de una manera más personalizada y aceptan, al momento del parto, el acompañamiento de las redes sociales y familiares como cónyuges, padres u otras personas con vínculos fuertes con la mujer. Segundo, la matrona puede ser la única opción para las mujeres con situación económica precaria (Damus, 2012). Tercero, las mujeres tienen poca confianza en el personal de salud; subrayan la baja calidad de la atención o que han sufrido de violencias físicas o verbales de los médicos o enfermeras (Barnes-Josiah, *et al.*, 1998). Por último, desde esta perspectiva cultural, posiblemente la mujer rechaza la atención formal porque no quiere mezclar la medicina tradicional con la occidental cuando, con un parto en una institución de salud, se hace de lado el ritual tradicional que sugiere que la mujer y su niño permanezcan 40 días en reclusión. Esto último se deriva de una creencia común de que la enfermedad materna puede ser causada por un enfriamiento rápido y excesivo del cuerpo que se puede transmitir al bebé a través de la lactancia y puede causar tétanos y diarrea (WHO/PAHO, 2010). Además, algunas personas prefieren a las matronas “con dos manos” -que es la denominación en Haití- es decir, las que tienen una competencia ancestral para conducir el parto (científico o no) y con conocimiento espiritual en caso de complicaciones del parto vinculados a los maleficios (Hurbon, 1979; Damus, 2012).

6.1.3 El uso de los servicios de salud materna posnatal

La presente investigación confirma que el uso normativo de atención posnatal es de 23%, la misma que proporciona la encuesta respecto al uso sin hacer referencia a las normas. Entonces, no se puede ni siquiera hablar de normalidad en el uso, la primera consulta puerperal casi no se llevó cabo en Haití. El rango de nacimiento es la única barrera significativa frente al uso normativo relacionado con la acumulación de conocimiento en los embarazos previos. Por el contrario, el que la mujer resida en región Noreste y tenga historial de muertes neonatales se han convertido en factores protectores de predisposición y de necesidad, respectivamente. Asimismo, la residencia en el departamento de Centro, así como la pertenencia a un nivel socioeconómico alto son factores protectores de predisposición, en el primer caso, y de capacidad -de menor magnitud. Por último, el uso normativo de atención prenatal y de parto son características que posibilitan la primera visita puerperal apegada a las normas.

Se advierte que los partos normativos explican casi la totalidad del efecto de la atención posnatal. La razón de momios igual a 30 parece increíble estadísticamente, además de que se sabe que estos resultados surgen cuando una entrada en la tabla de contingencia tiene muy pocos datos (King y Zeng, 2001; Williams, 2017). Sin embargo, este resultado se puede explicar si se toma en cuenta el comportamiento de las mujeres respecto al tipo de uso de la atención en el tránsito del parto al posparto. En el cuadro 5.3 presentado anteriormente, se destaca que solo 3% de los partos no normativos tiene una consulta posnatal normativa. Entonces, un parto fuera de norma le lleva casi automáticamente a una consulta posnatal del mismo tipo. En cambio, para un parto normativo, la buena elección en el periodo puerperal no es obvia. Por lo tanto, todo el efecto de uso con normatividad está afectado por las que no usan el servicio posnatal, estas representan 77% de las mujeres analizadas.

6.1.4 El uso de los servicios de salud materna en las regiones administrativas

Un resultado inesperado ha surgido al analizar el uso de atención materna apegado a las normas, según las regiones administrativas de Haití. Se encontró que las mujeres que residen en el Centro, el Noreste, el Sureste y los Nippes, identificados como departamentos pobres, tienen mayores posibilidades de uso normativo de la atención materna, esto al comparar con la zona metropolitana de Oeste. Posiblemente esto se explique debido a que las estrategias de política pública han ocupado un lugar importante en el núcleo de este debate, de manera que se identificaron varios

proyectos de salud materna que se han implementado en la población más vulnerable, los cuales se menciona a continuación.

El “Proyecto conjunto de apoyo a la lucha contra la mortalidad materna” fue implementado en el Norte, el Noroeste y el Artibonite entre 2006 y 2012, seguido por el SOG²⁰ (Atenciones obstétricas gratuitas) –con una fase 1 entre 2008 y 2010 y una segunda ronda en la que se añadió el componente infantil después del terremoto de 2010. Por ello, se proporcionó la atención de salud reproductiva e infantil de manera gratuita a las mujeres pobres (MSPP, 2012b). Es importante señalar que el proyecto SOG fue muy criticado por su visión insostenible debido a la implementación de corto plazo y ausencia de fortalecimiento de la capacidad de las mujeres para que continuarán utilizando el servicio de salud según las normas debido al carácter transitorio de la gratuidad (Jean-Baptiste, *et al.*, 2011).

El Proyecto “Mejorar el Estado de la salud reproductiva en Haití” tuvo como objetivo integrar la planificación familiar en cada etapa de la atención materna, institucionalizar los partos, asegurar la disponibilidad de los materiales y activar un integrante educativo de cambio de comportamiento en el dominio. Este último fue implementado por las instancias nacionales de 2008 a 2014, en los departamentos de Sureste y Nippes, debido a que en estos departamentos los indicadores de salud de la mujer tenían peor desempeño. Este proyecto tuvo una variante del SOG y de SONU²¹ (Atenciones obstétricas y neonatales de emergencia). En el último se propuso poner en marcha instituciones de salud más amigables y equipadas para incentivar a las mujeres a elegir la atención normativa. Se enfocaba en los hospitales departamentales, específicamente en los del Sureste y de Nippes (MSPP; UNICEF; OPS-OMS; UNFPA, 2015) (MSPP; UNICEF; OPS-OMS; UNFPA, 2015). Entre 2010 y 2013, el proyecto PADESS²² (Proyecto de Apoyo al Desarrollo del Sistema de Salud) se focalizó en Nippes, Sureste y Noreste con el objetivo de reforzar todo el sistema de la salud, incluyendo la gobernanza y el liderazgo. Por último, el proyecto MATS²³ (Madre y niños en buena salud) se realizó a nivel nacional entre 2011 y 2013 (MSPP, 2012b; Graaff, *et al.*, 2011). Es importante subrayar que el departamento Centro es desde hace más de tres décadas la población

²⁰ Por sus siglas en francés « Soins Obstétricaux Gratuits ».

²¹ Por sus siglas en francés « Soins Obstétricaux et Néonataux Urgentes ».

²² Por sus siglas en francés « Projet d’Appui au Développement du Système de Santé en Haïti »

²³ Por sus siglas en criollo «Manman ak timoun an Sante».

objetivo de la ONG “Partners in Health”; en cuanto al mejoramiento de la salud, esta región tiene una cobertura de acceso a la salud mayor que otras regiones del país (Zanmi Lasante, 2016).

Los departamentos de Noreste, Centro, Sureste y Nippes, dados sus bajos niveles en los indicadores de atención materna, fueron posiblemente dotados de mayores recursos para enfrentar dichos problemas de salud materna. Cabe señalar que entre 2011-2012, sólo 1% del gasto total en salud fue asignado a la atención de la reproducción, 63% fue proveído por las instituciones internacionales cuya aportación en la inversión ascendió a 73%. Así, aquellos proyectos fueron desarrollados en su totalidad por organizaciones internacionales. Entre de 2013 a 2014, se registró mejoras mitigadas. Se ha duplicado el gasto en salud atribuido a la atención de la reproducción pasando de 8% a 15% respecto al último periodo, mientras la participación del estado que representó 7% ha disminuido de 3%. Más de 57% de los gastos totales, 55% de los gastos corrientes y 94% de la inversión en salud fue proveído por las instituciones internacionales. El último fue por la mayor inversión extranjera como consecuencia del terremoto.

6.2 Propuestas de política pública para la atención a la salud materna

Entre 2010 y 2015, la TGF en América Latina y el Caribe era de 2.1 y 2.3 hijos en promedio por mujer, respectivamente. Este descenso respecto a los años anteriores es, sobre todo, el resultado de la mejora en el acceso a la educación, la alta utilización de los anticonceptivos y la postergación de la fecundidad (Pedrosa Islas, 2005; Roque y Acle, 2013; CEPAL, 2014). Considerando la posición de Haití en la región, se puede suponer que las políticas de mejora en la educación y en la planificación familiar son débiles. De hecho, en 2012, la TGF del país era de 3.5 hijos por mujer; se estimó que un cuarto de las mujeres no tenía escolaridad, la tasa de mortalidad neonatal era 31 por 1000 nacidos vivos y la tasa de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos fue de 36%. Los dos últimos indicadores son los más elevados para este periodo en la región Latinoamericana y el Caribe (MSPP, 2012a; Banco Mundial, 2012).

En 2012, 14% de las adolescentes entre 15 y 19 años había empezado su vida reproductiva, un tercio de ellas tenía 19 años, contaban con educación primaria o menor y la mayoría se ubicaba en los hogares de nivel socioeconómico bajo (MSPP, 2012a). Si se considera que las adolescentes tienen derechos reproductivos que se han ido afianzando desde 1994 en la CIPD, y que es un grupo de población con baja morbilidad y mortalidad asociada a causas naturales o enfermedad, son

pocos los países que han priorizado la salud de esta categoría de edad. Según la CEPAL, las metas de los gobiernos deben ser el asegurar el pleno ejercicio de los derechos de los adolescentes sin restricciones basadas en falta de autonomía y en corregir las fallas de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sexual y reproductiva. Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes (ONU, 1994; CEPAL, 2016). La pobreza resalta la relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. En América Latina y el Caribe, muchos problemas de salud de las personas jóvenes están vinculados a la situación de pobreza y exclusión y los adolescentes tienen patrones de comportamiento reproductivo distintos terminan descargando el mayor peso de la reproducción biológica y social de la población sobre los que son pobres. La combinación de bajos niveles de escolaridad y la fecundidad temprana en las adolescentes las ha convertido en una población vulnerable socialmente y la ausencia de políticas sociales de salud de la mujer, con aspectos específicos para los grupos etarios juveniles es un generador de pobreza transgeneracional (WHO, 2001; García Prado, 2016; CEPAL, 2016).

La barrera vinculada a la distancia hacia los servicios de salud se relaciona tanto con la configuración administrativa del sistema de atención sanitaria como con la urbanización territorial. En la Política Sanitaria de 2012, la organización de la atención de salud se debía hacer alrededor de las UAS, que tendrían un liderazgo institucional y financiero en proximidad con las comunidades. Pero esta entidad territorial nunca desempeñó sus funciones, dado que la atención y disponibilidad de recursos se concentraron en zonas urbanas o más accesibles. A veces, las zonas muy apartadas contaban con puntos fijos de servicios de salud que no cumplían con criterios de atención obstétrica y neonatal de emergencia (MSPP, 2012c; MSPP; UNICEF; OPS-OMS; UNFPA, 2015).

Si bien la urbanización moderna lleva al mejoramiento en el acceso a los servicios básicos, en Haití, por el contrario, la urbanización conlleva un rasgo muy distinto, se aumentó la población urbana sin un cambio significativo respecto a dichos accesos. De 1950 a 2012, la tasa de urbanización en América Latina ha pasado de 27% a 80%. Esta rápida urbanización se acercó a 50% en Haití en 2012 y afectó en mayor medida a la zona metropolitana del Oeste, incluyendo a Puerto Príncipe que era la segunda ciudad más poblada del Caribe. Si bien la urbanización del país

fue rápida, 70% de su población urbana vive en tugurios, 15% de hogares urbanos recibieron agua por tubería y un cuarto tuvieron saneamiento apropiado. (Bárcena, 2001; ONU, 2012; PAHO, 2017a). Respecto a la salud, si bien la zona metropolitana de Oeste alcanzó un alto grado de urbanización, la encuesta “Evaluación de la prestación de servicios de atenciones de Salud” (EPSSS²⁴) en 2013 indicó que esta región ha dispuesto de solo 35% de instituciones con todos los servicios de salud²⁵ e infraestructuras básicas, 15% ofrecieron simultáneamente servicios prenatales, atención para el parto y cesárea 24 horas, siete días a la semana (MSPP; IHE; ICF, 2014). El nuevo paquete básico de atención de Salud que se está desarrollando debe enfocarse en reorganizar la atención hacia una mejor cobertura de la salud materna, resolver problemas de acceso y de disponibilidad que aún siguen predominando en la elección individual (MSPP, 2015a). Usar los servicios de salud materna con normatividad no debería ser optativo en población que ya tuvo otros rasgos de precariedad social.

García Prado (2016) ha reunificado, a través de un metaanálisis, tres estrategias de políticas públicas de Salud dirigidas a incitar la demanda de atención a la salud materna normativa que han sido exitosas. Primero, mencionó el *cubrimiento de los costos directos*, que se refiere a quitar los copagos públicos, otorgar subvenciones en los costos de consultas, seguimientos y transporte, al igual que a la creación de un fondo municipal para emergencias; segundo, indicó acciones de *cambio culturales y sociales* como campañas, recordatorios de consulta, comunicación de masa, promoción de la salud comunitaria sobre todo en los grupos de mujeres y las redes sociales; por último, subrayó el desarrollo de programas de *incentivos directos e indirectos* por transferencias monetarias y entrega de bienes no monetarios respectivamente.

El programa SOG ha mezclado las tres medidas mencionadas anteriormente: primero, la atención materna en sus tres componentes fue gratuita, se restituyó el costo de transporte a la parturienta y a la partera tradicional, asimismo, se dio un incentivo por falta de ganancia a la última; segundo, se incluyó un componente de comunicación que estuvo presente en todos los proyectos mencionados en la sección anterior 6.1.4; además, se entregaba una canastilla para el bebé y la mujer después del parto. Sin embargo, el SOG no era sostenible porque los fondos proporcionados no eran estatales, sino casi en su totalidad fueron presupuestos externos. Todos los

²⁴ De sus siglas en francés « Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé 2013 »

²⁵ Los servicios básicos para la EPSSS son atención primaria de salud infantil, planificación familiar, consulta prenatal y servicios para las infecciones sexualmente transmisibles.

programas y proyectos presentados anteriormente, que han proporcionado resultados concluyentes en promover la gratuidad de los servicios en las mujeres más pobres, usar atención de salud materna con normatividad, proveer servicios de salud más amigables o en actualizar instituciones de nivel primario en la estructura de atención obstétrica y neonatal de emergencia fueron desarrollados por ONG u Organizaciones internacionales y no fueron sostenibles (MSPP, 2012b; MSPP; IHE; ICF, 2014; Jean-Baptiste, et al., 2011). Dado que estos proyectos tuvieron un efecto positivo notable en el cambio del comportamiento de la población objetivo, es recomendable que el gobierno invierta en convertirlos en programas sostenibles e implementarlos en otras regiones, como la zona metropolitana de Oeste. Si bien esta región tiene menos pobres, enfrenta problemas de uso de servicios de atención de salud con la cuarta parte de las usuarias.

La evidencia empírica muestra que las estrategias gubernamentales más efectivas en la salud siempre combinan las intervenciones del lado de la oferta con la demanda de la atención. De lado de la oferta, se propuso fortalecer la atención primaria y las iniciativas comunitarias, incorporar los programas verticales de salud de la mujer, garantizar la continuidad tanto en la atención rutinaria como en la emergencia (Regalía y Castro, 2009; Ranganathan y Lagarde, 2012). Después de 2013, el nuevo gobierno de Haití se ha enfocado en la construcción de infraestructura física de salud apuntando a la reducción del 40% de no accesibilidad a los servicios sanitarios respecto a la información del mapa sanitario, en asegurar la disponibilidad de la atención a través de la presencia de los cuatro servicios básicos (obstetricia y ginecología, medicina interna, pediatría y cirugía) en la mayoría de las instituciones de salud y el fortalecimiento de la medicina comunitaria vía la formación de agentes polivalentes que puedan hacer trabajo de campo e insertarse en los programas verticales (MSPP, 2015b). Todavía no se dispone de documentos oficiales de la evaluación de estas medidas, sin embargo, la falta de recursos financieros y humanos, así como la crisis electoral que generó inestabilidad política entre 2014-2016, no hubiese permitido lograr resultados concretos (Gobeil, 2015). También, el aspecto de capacitación del personal de salud es necesario para reforzar las normas en materia de calidad de la atención, en volver los servicios más amigables y abonar a la confianza de las mujeres (OMS, 2009). Las acciones en la oferta de atención de salud presentan aún mayor importancia cuando se considera que, en este estudio, las barreras vinculadas a las características individuales decrecen en cantidad y magnitud a medida que se avanza en el continuo de la atención. Asimismo, se destacó el efecto irrefutable del uso de atención del parto en la solicitud de la primera consulta posnatal. Por lo tanto, se puede reflexionar acerca de otros

factores menos individualistas sino más estatales, multidimensionales o ecológicos que tendrán un mayor efecto al momento del parto y del posnatal.

El papel de la salud comunitaria es primordial para mejorar el uso formal de la atención materna. La OMS ha formulado a nivel internacional recomendaciones de promoción en salud orientadas hacia los individuos, las familias y la comunidad, definidas como “el proceso de fortalecer las capacidades a las personas y a los grupos para ejercer un mayor control sobre su salud y calidad de vida, para poder así mejorarlas” (WHO, 2010:3). Se propuso implementar estas estrategias poco mencionadas mediante la educación, acción de la comunidad para la salud, alianzas, fortalecimiento institucional y promoción de la causa en el ámbito local organizándolas en cuatro áreas prioritarias:

“ i) el *desarrollo de capacidades* para mantenerse sanos, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias obstétricas y neonatales; ii) la *mayor conciencia* de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal; iii) *fortalecimiento de los vínculos* para lograr el apoyo social entre las mujeres, los hombres, las familias y las comunidades, y el sistema de prestación de asistencia de salud; iv) el *mejoramiento de la calidad* de la atención, los servicios de salud y las interacciones con mujeres, hombres, familias y comunidades”. (WHO, 2010:3).

Entre ellas, es importante en Haití la formación de las parteras tradicionales vinculada a la tercera medida, sobre todo cuando su participación en los partos es 52%, mientras 23% de ellas no están capacitadas (MSPP, 2012a). La OMS recomendó establecer funciones claras para ellas y facilitar relaciones apropiadas con el sistema oficial de prestación de asistencia sanitaria. Relató la factibilidad de esta estrategia en varios países donde las parteras tradicionales continúan brindando atención. Además, en la comunicación masiva se pueden considerar las alianzas entre las parteras tradicionales y los asistentes calificados para atender partos, y su papel dentro del sistema de referencia. Asimismo, se promueve la colaboración entre los trabajadores comunitarios de salud y las parteras para asegurar la continuidad de la atención y lograr el apoyo social (WHO, 2010).

Finalmente, en el abordaje de los factores de riesgo que inciden en la salud materna, hay que tener en cuenta la participación de otros sectores que son también corresponsables. Cabe señalar que la ley que reconoce las UAS todavía no ha sido promulgada cuando los documentos formales de estrategias políticas de salud se basan en este modelo (MSPP, 2015b). De ahí, que la concertación y colaboración intersectorial es primordial en la implementación de los programas de salud pública, en concretar la concertación con el parlamento, la secretaria de gobernación y el ministerio de planeación territorial. Por tanto, hay gobiernos que tratan de implementar acciones intersectoriales con las intervenciones en salud. En muchos casos este tipo de enfoque integral e intersectorial se encuentra con fuertes obstáculos: a veces por falta de voluntad política o falta de conocimiento sobre sus ventajas, pero sobre todo por la debilidad de la gestión operativa y de la gestión a nivel local, así como por la falta de personal de salud formado en una visión más integral de la salud (Kerber, *et al.*, 2007).

Tanto la debilidad en los factores protectores como la preponderancia de las barreras resaltadas en el capítulo cinco influyen en el patrón del bajo uso normativo de los servicios de atención materna en Haití. El gobierno, a través de su Ministerio de Salud y en colaboración intersectorial, tendría que incorporar los temas de educación, de planificación familiar y anticoncepción, de desarrollo social con un enfoque de reducción de la pobreza, así como la ordenación territorial y urbana. Respecto al último punto, la ONU-Habitat subrayó que “la región necesita impulsar una política territorial y un planeamiento urbano que mejoren los actuales patrones de crecimiento urbano, eviten una expansión dispersa de la ciudad y propicien la densificación, con un mejor aprovechamiento del espacio, evitando así, una mayor segmentación física y social” (ONU, 2012:17). La colaboración intersectorial es imprescindible, tanto más cuanto cada propuesta es de relevancia para los distintos ministerios o secretarías de gobierno.

Es recomendable que se realicen estudios cualitativos o mixtos para contrastar hipótesis vinculadas con el papel de la cultura en el uso de la atención materna. El rango u orden de nacimiento se erige como una barrera en los tres componentes (prenatal, parto y posnatal), tal vez se deba a que, por la experiencia acumulada por las mujeres en embarazos anteriores, consideran innecesario acudir a los servicios de salud, o bien a la resignación o la resiliencia frente a su situación precaria de salud. Cuando se refiere a la normatividad, es importante tener estudios de la oferta de servicios de atención de salud materna, para identificar el efecto de la disponibilidad y la

calidad de los servicios de salud en su utilización. Es una oportunidad también de que los fondos estatales sean utilizados para la investigación en la salud de la mujer, dado que se asume una interrelación entre los 17 ODS y la salud de las mujeres. Por ello, una inversión en la salud materna y reproductiva tendrá que estimular el avance en la reducción de la pobreza y la hambruna, la mejora en la calidad de la educación, en la igualdad de género, en el agua y saneamiento y muchos más (CEPAL, 2016).

Bibliografía

- Acevedo, C. F. y Istúriz, O. F. (2013). Impacto de los medios de comunicación en la salud. Rio de Janeiro, *Saúde em Debate*, 37(96), 84-95. Recuperado el 18 de mayo 2017 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341759010>.
- Acosta, S. R. (2010). *Barreras y determinantes del Acceso a los Servicios de la Salud en Colombia* (Tesis de maestría, Universidad Autonoma de Barcelona). Recuperado el 04 de abril 2017 de https://www.researchgate.net/publication/266447314_Barreras_y_Determinantes_del_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_en_Colombia.
- Ajzen, I. y Madden, T. J. (1986). Prediction of the Goal -Directed Behavior: Attitudes, Intentions, and Perceived Behavior Control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L. y Baumeister, S. E. (2001). Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. En: G. F. Kominski, RM. Andersen y Rice. TH (Eds.), *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* (pp. 33-69). 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- André, B. (2010). La transition démographique en Haiti. *Bulletin de l'Association de Géographes Français*, 80(1), 83-104.
- Arrivillaga, M. y Borrero, Y. E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, 32(5), 1-15.
- Ashford, L. (2002). *Un sufrimiento oculto: Discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados*. Washington DC: Measure communication.
- Banco Mundial. (2012). *Consulta interactiva*. [En línea] Recuperado el 24 de mayo 2017 de <http://data.worldbank.org/> [Último acceso: 5 Mayo 2017].
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bárcena, A. (2001). Evolución de la urbanización en América Latina y el Caribe en la década de la noventa: Desafíos y oportunidades. *La nueva agenda de América Latina*, 790, 51-62. Recuperado el 13 de febrero 2018 de: http://www.revistasice.com/CachePDF/ICE_790_51-61__B52620C4A2DF0C5A9EAA70A7E0F7D687.pdf
- Barnes-Josiah, D., Myntti, C. y Augustin, A. (1998). The “three delays” as a framework for examining maternal mortality en Haiti. *Social Science and Medicine*, 146(8), 981-993.
- Beck, R. (1973) Economic class and access to physician services under public medical care insurance. *International Journal of Health Services*, 3(3), 341-355.

- Bonono, R. C. y Ongolo-Zogo, P. (2012.) *Optimiser l'utilisation des services de consultation prénatale au Cameroun*, Yaoundé: OMS.
- Bor, W., McGee, T. y Fagan, A. (2004). Early risk factors for adolescent antisocial behaviour: an Australian longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(5), 365-372.
- Bulletti, C., Flamigni, C. y Giacomucci, E. (1996). Reproductive failure due to spontaneous abortion and recurrent miscarriage. *Hum Reprod Update*, 2(2), 118-136.
- Campbell, O. M. y Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284-1299.
- Cárdenas, R. (2010). Desafíos de la Atención a la Salud. En: B. García y M. Ordorica (Eds.). *Los grandes problemas de México* (pp.105-136). Vol. I. Ciudad de México: El Colegio de México, A.C.
- Cardona, D., Acostab, L.D. y Bertone, C.L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 292-297.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*, Santiago: Naciones Unidas - CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. Santiago: Naciones Unidas - CEPAL.
- Chen, M. K. (1978). A quantitative index of access primary medical care for health planning. *Socio-Econ Plan. Sci.*, 12, 295-301.
- Consejo Nacional de Población. (2017). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana*. 1ra ed. México: CONAPO.
- Cortés, F. (2014). La medición multidimensional de la pobreza en México. En: A. Cimadamore, (Ed.), *Multidimensionalidad de la pobreza: propuestas para su definición y evaluación en América Latina y el Caribe* (pp. 99-126). 1ra ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Damus, O. (2012). *Les rites de naissances en Haiti*. L'harmattan ed. Paris: s.n.
- Desai, S. y Johnson, K. (2005). Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and Social Hierarchies. En: S. Kishor, (Ed.), *A Focus on Gender* (pp. 55-68). Calverton MD: ORC Macro.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Donabedian, A. (1988). *Los aspectos de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. 1ra ed. México: Secretaria de Salud.
- Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture. (2002). *Contraintes socioculturelles et besoin d'informations sur la santé de la reproduction des jeunes et des hommes au Cameroun*, Rome: FAO.

- Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O.M., Graham, W.J., Mills, A., Borghi, J., Koblinsky, M., Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*, 368(9546), 1535-1541.
- Filmer, D. y Pritchett, L. H. (2001). Estimating Wealth Effects Without Expenditure Data—Or Tears: An Application To Educational Enrollments In States Of India. *Demography*, 38(1), 115–132.
- Fishbein, M. (1967). *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.
- Gaarder, M., Glassman, A. y Todd, J. (2010). Conditional cash transfers and health: Unpacking the causal chain. *Journal of Development Effectiveness*, 2(1), 6-50.
- Gage, A.D., Leslie, H.H., Bitton, A., Jerome, J.G., Thermidor, R., Joseph, J.P., Kruk, M.E. (2017). Assessing the quality of primary care in Haiti. *Bulletin of the World Health organization*, 95(3), 182-190.
- Gage, A. J. y Calixte, M. G. (2006). Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. *Populations Studies*, 60(3), 271-288.
- García Prado, A. (2016). *Cómo cambiar conductas para mejorar la salud materna y neonatal en zonas rurales*, Pamplona, España: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A.S., De Paepe P., da Silva M.R., Unger, J.P., Vázquez M.L. (2014). Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Social Science y Medecine*, 106, 204-213. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.054.
- GBD 2015 SDG Collaborators. (2016) Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1813-1850.
- Glanz, K., Rimer, B. K. y Viswanath, K., 2015. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. 5th ed. s.l.:Jossey-Bass Public Health.
- Gobeil, M. (11 de janvier 2015). Comprendre la crise politique haïtienne en 5 questions. Radio-Canada. Recuperado el 18 de mayo de 2018, de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/698824/haiti-crise-politique-cinq-questions-comprendre>
- Goodman, J. H. (2003). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.*, 45(1), 26-35.
- Graaff, P., Stien, L., Cyr, M., Degraff, E., Traore, A., Marquez, G. (2011). *Manman ak timoun an sante: Proje d'accès gratuits aux soins de qualité pour femmes enceintes, nouveaux nés et enfants de 0 à 5 ans 2011-2013*. Documento inédito. P-au-P. Recuperado el 16 de junio 2018 de <https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Manman%20Ak%20Timoun%20an%20sante%20septembre%202011%20%282%29.pdf>

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. y Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. s.l.: Pearson New International Edition.
- Howe, L. D., Hargreaves, J. R. y Huttly, S. R. (2008). Issues in the construction of wealth indices for the measurement of socio-economic position in low-income countries. *Emerging Themes in Epidemiology*, 5(1), 1.
- Hoyle, R. H. (2012). *Handbook of structural equation modeling*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press.
- Hurbon, L. (1979). Sorcellerie et Pouvoir en Haïti. *Archives des sciences sociales des religions*, 48(1), 43-52.
- Hutton, G. (2006). The effect of maternal-newborn ill-health on households: economic vulnerability and social implications. En: *Moving towards universal coverage : issues in maternal -newborn health and poverty*. Basel: Swiss Tropical Institute.
- Institut Haïtien de l'Enfance y ICF. (2014). *Évaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013*, Rockville, Maryland, USA: IHE y ICF.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2017). *Mortalidad materna y su evolución reciente 2016*, San José, Costa Rica: INEC.
- Janz, N. y Becker, M., (1984). Health belief Model: A decade later. *Health Education Quartely*, 1(11), 1-47.
- Jean-Baptiste, S. G., Leandre, M. C., Marie, V. J.-B. y Robuste, J. (2011). *Améliorer la Gestion du Projet SOG dans le Département du Nord-Est.*, Port-au-Prince: DESS-GMSS.
- Kerber, K.J., de Graft-Johnson, J.E., Bhutta, Z.A., Okong, P., Starrs, A., Lawn, J.E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery. *The Lancet*, 370(9595), 1358-1369.
- Kieny, M.-P. y Evans, D. B. (2013). Universal health coverage. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(5), 305-306.
- King, G. y Zeng, L. (2001). Logistic Regression in Rare events data. *Political Analysis*, 9(2), 137-163.
- Kishor, S. y Subaiya, L. (2008). *Understanding Women's Empowerment: A Comparative Analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) Data*, Calverton, Maryland, USA : s.n.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. y Russell, G. (2013). Patient-centered access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Lorenzo, I. V., (2009). *Barreras en el acceso a la atención en la salud e modelo de competencia gestionada: un estudio de caso en colombia*, Bellaterra: s.n.
- Luna, M. (2015). Cuando el aseguramiento en salud no basta, ¿quiénes gastan más en servicios y atención a la salud?. *Coyuntura Demográfica*, 7, 15-21.

- Luna, M. y Flores, U. (2012). Salud y cohesión social en América Latina y el Caribe: brechas en el acceso, disponibilidad de infraestructura y satisfacción de los servicios. En P. Martín, F. Valdés, G. Valenti y M. Rojas (Eds.), *América Latina En Los Albores Del Siglo XXI. Vol 2: Aspectos Sociales Y Políticos*. 1ra ed. México: FLACSO-MEXICO, 2012.
- Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V. M. y Kamara, A. (1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*, Columbia: s.n.
- Martos, J. S. (2010). La información sobre la salud en los medios de comunicación. *Rev Esp Com Sal.* 2010, 1(2), 68-76.
- Men's Health Forum. (2008). *The Gender and Access to Health Services study*. Final Report. London: National Health Services UK, Department of Health.
- Mesa-Lago, C. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*, Santiago de Chile: Naciones Unidas .
- Montaño, D. y Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. En: Jossey-Bass (Ed.), *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (pp. 67-96). s.l.
- Moreno-Serra, R. y Smith, P. C. (2012). Does progress towards universal health coverage improve population health?. *The Lancet*, 8-14 september, 380(9845), 917-923.
- MSPP; IHE; ICF. (2014). *Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé 2013 : Rapport de synthèse*, Port-au-Prince, Haiti: Rockville, Maryland, USA: MSPP, IHE et ICF International.
- MSPP; UNICEF; OPS-OMS; UNFPA. (2015). *Amélioration de l'Etat de la santé de la reproduction en Haiti - Rapport final*, Port-au-Prince: UNFPA.
- MSPP. (2000). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS III)*, Port-au-Prince: MSPP, IHE et ICF International.
- MSPP. (2006). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV)*, Port-au-Prince: MSPP, IHE et ICF International.
- MSPP. (2012a). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-V)*, Port-au-Prince: MSPP, IHE et ICF International.
- MSPP. (2012b). *Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016*, Port-au-Prince: s.n.
- MSPP. (2012c). *Politique Nationale de Santé*. Port-au-Prince: MSPP.
- MSPP. (2013). *Rapport Statistique 2013*, Port-au-Prince: MSPP.
- MSPP. (2014). *Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2011 - 2012*, Port-au-Prince: Ministère de la Santé Publique et de la Population.
- MSPP. (2015a). *Le paquet essentiel de Services*. Port-au-Prince: Ministère de la Santé Publique et de la Population. Recuperado el 20 de diciembre 2017 de <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20du%20PES%20Lancement%201er%20Septembre%202016%20c ompressed.pdf>

- MSPP. (2015b). *Les grandes réalisations du MSPP 2014-2015, Tome 1 et 2*, Port-au-Prince, Haiti: Ministère de la Santé Publique et de la Population.
- MSPP. (2017). *Rapport des comptes nationaux de santé 2013-2014*, Port-au-Prince: UEP.
- Navaneetham, K. y Dharmalingam, A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social Science y Medecine*, 55(10), 1849-1869.
- Noreña-Herrera, C., Leyva-Flores, R., Palacio-Mejía, L. S. y Duarte-Gómez, M. B. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2635-2648.
- OMS. (6-12 de septiembre 1978). *Declaración de la Alma-Ata*. Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Recuperado el 3 de marzo 2016 de <https://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>
- OMS. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud: Con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- OMS. (2014a). *Estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (pp. 1-30). Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2014b). *Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2016a). *Universal health coverage (UHC)*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/> [Último acceso: 19 marzo 2017].
- OMS. 2016b. *World Health Statistics: Monitoring Health for the SDG's*, Geneva: OMS.
- OMS. (2018). *Mortalidad materna*. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> [Último acceso: 21 mayo 2018].
- Ononokpono, D. N. y Odimegwu, C. O. (2012). Determinants of Maternal Health Care Utilization in Nigeria: a multilevel approach. *The Pan African Medical Journal*, 17(Suppl 1): 2. doi: 10.11694/pamj.supp.2014.17.1.3596
- ONU. (1986). *Nairobi Forward-looking Strategies for the Advancement of Women*. New York, United Nations.
- ONU. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (pp. 1-194). El Cairo, OMS.
- ONU. (2012). *Estado de la ciudades de América Latina y el Caribe 2012: Rumbo a una nueva transición urbana*, Nairobi, Kenia: ONU-Habitat.
- ONU. (2015a). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Ginebra: Naciones Unidas.

- ONU. (2015b). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2015*, Nueva York: ONU.
- ONU. (2017). *Organización de las Naciones Unidas*. [En línea]
Recuperado en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
[Último acceso: 3 marzo 2017].
- PAHO. (2003). *Haiti: Profile of the Health Services System*, 2a ed. Port-au-Prince. Pan American Health Organization.
- PAHO. (2017a). *Salud en las Américas+*, Washinton D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- PAHO. (2017b). *Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2017*, Washington, D.C., United States of America: Pan American Health Organization.
- Pedrosa Islas, L. A., 2005. *Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones*, México D.F: s.n.
- Penchansky, R. y Thomas, J. W., 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Peng, J., Lee, K. L. y Ingersoll, G. M. (2002). An Introduction to Logistic Regression Analysis and Reporting. *The Journal of Educational Research*, 91(1), 3-14.
- Pitchforth, E., van Teijlingen, E., Graham, W. y Fitzmaurice, A. (2007). Development of a proxy wealth index for women utilizing emergency obstetric care in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22(5), 311–319.
- Quintero Aguado, L., Girón Cruz, L., Osorio Mejía, A., Tovar Cuevas, L., y Ahumada Castro, J. (2007). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1), 1-36.
- Rai, R. K., Singh, P. K. y Singh, L. (2012). Utilization of Maternal Health Care Services among Married Adolescent Women: Insights from the Nigeria Demographic and Health Survey, 2008. *Women's Health Issues*, 22(4), 407-414.
- Ranganathan, M. y Lagarde, M. (2012). Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: a review of the impact of conditional cash transfer programmes. 55(Supplement), S95-S105.
- Regalía, F. y Castro, L. (2009). Nicaragua: Combining demand and supply-side incentives. En: R. Eichler y R. Levine (Eds.). *Performance incentive for global health: Potential and pitfalls* (pp. 215-236). Washington, DC, Estados Unidos: Center for Global Development.
- République d'Haiti. (05 de janvier de 2006). Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé Pulique et de la Population. *Le Moniteur : Journal officiel de la République d'Haiti*, 1-19. Recuperado de: http://mspp.gouv.ht/download/Loi_organique.pdf. [Último acceso: 7 de abril 2017].
- République d'Haïti. (2012). *Secrétariat Général du Conseil des Ministres*. [En línea]
Recuperado de: <http://www.sgcm.gouv.ht/lois/>. [Último acceso: 7 abril 2018].

- Ridel, G. M., Luis, I. R. y Teja, J. (2004). Las enfermedades emergentes y reemergentes: un problema de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 15(4). 285-287.
- Ronsmans, C., Graham, W. y Lancet Maternal Survival Series steering group. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189-1200.
- Roque, M. H. y Acle, G. T. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3), 811-820.
- Rutstein, S. O. y Rojas, G. (2006). *Demographic and Health Surveys Methodology*. MEASURE DHS/ICF International, Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Schumacker, R. E. y Lomax, R. G. (2016). *Beginner's guide to structural equation modeling*. 4th ed. s.l.:Routledge and Routledge.
- Snowden, J. M., Caughey, A.B., Cheng, Y.W., (2015). Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med*, 373(22), 2190-2191. doi: 10.1056/NEJMc1602337
- Sotero Salgueiro, G. A., Sosa Fuertes, C.G., Domínguez Rama, A., Alonso Telechea, J., Medina Milanesi, R. (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. *Rev Med Uruguay*, 22(1), 59-65.
- StataCorp. (2015). *Structural Equation Modeling*. *Stata: Release 14*, College Station, TX: StataCorp LLC.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation.. *Bulletin World Health Organization*, 56(2), 295-303.
- Taylor, D. G., Aday, A. L. y Andersen, R.. (1967). A social indicator of access to medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, March, 16(1), 39-49.
- The Lancet. (2012). The struggle for universal health coverage. *The Lancet*, 380(9845), 859.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, feb, 16(1), 18-29.
- Valencia Lomelí, E. (2010). Los debates sobre los regímenes de bienestar en América Latina y en el Este de Asia. Los casos de México y Corea del Sur. *Estudios sobre Estado y Sociedad*, 16(47), 65-103.
- Vaz, A., Pratley, P. y Alkire, S. (2015). *Measuring Women's Autonomy in Chad and its Associations with Breastfeeding Practices Using the Relative Autonomy Index*, s.l.: s.n.
- WHO/PAHO. (2010). *Culture and Mental health en Haiti: A Literature Review*, Geneva: WHO.
- WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank . (2014). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2013*, Geneva: World Health Organization.
- WHO, 2000. *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*, Geneva: World Health Organization.

- WHO. (2001). *Public Policy and Health Program y World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance*, Durban, South Africa: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Antenatal care randomized trial: manual for implementation of the new model*, Geneva: s.n.
- WHO. (2007). *Standards for Maternal and Neonatal*, Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010). *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*, Geneva: s.n.
- WHO. (2013). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*, Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2015a). *Gender*, Ginebra: World Health Organization.
- WHO. (2015b). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*. 3th ed. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: OMS.
- Williamson, N. (2013). *Maternidad en la niñez: Enfretan el reto del embarazo en adolescentes*, New York, NY: s.n.
- Williams, R. (2017). *Analyzing Rare Events with Logistic Regression*. [En línea] Disponible en: <https://www3.nd.edu/~rwilliam/stats3/rareevents.pdf> [Último acceso: 2 abril 2018].
- Zanmi Lasante. (2016). *Sante Fanm*. [En línea] Disponible en: <http://zanmilasante.org/html/womenhealth.html> [Último acceso: 28 abril 2018].

Cuadro A 4: Cargas factoriales y varianzas únicas para el índice de autonomía, Haití 2012

Variable	Factor1	Factor2	Uniqueness
salud	0.6887	0.0538	0.5228
compra	0.7459	-0.0009	0.4437
visit	0.6932	-0.0525	0.5167

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro A 5: Distribución del Alpha de Cronbach por variable para el índice de autonomía, Haití 2012

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	interitem covariance	alpha
salud	4610	+	0.7714	0.4540	.2219764	0.5651
compra	4610	+	0.7816	0.4822	.2050813	0.5254
visit	4610	+	0.7496	0.4489	.2413954	0.5714
Test scale					.2228177	0.6512

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Gráfica A 1: Distribución de los índices de autonomía y de nivel socioeconómico, Haití 2012



Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro B 4: Cargas factoriales y varianzas únicas para el índice de autonomía, Haití 2012

Factor loadings (pattern matrix) and unique variances

Variable	Factor1	Factor2	Uniqueness
mat1	0.7617	0.3031	0.3280
mat2	0.5882	0.5673	0.3321
mat3	0.8114	0.3640	0.2091
elect	0.8748	-0.2596	0.1674
comb	0.8605	-0.2921	0.1742
aguab	0.7036	-0.2158	0.4584
tele	0.9059	-0.1698	0.1506
refrig	0.8998	-0.0601	0.1868
car	0.7857	-0.0278	0.3820

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro B 5: Distribución del Alpha de Cronbach por variable para el índice de nivel socioeconómico, Haití 2012

Item	Obs	Sign	item-test correlation	item-rest correlation	average	alpha
					interitem covariance	
mat1	5336	+	0.6971	0.5146	.0679176	0.7763
mat2	5336	+	0.4286	0.3171	.0898219	0.7910
mat3	5336	+	0.6990	0.5898	.0743464	0.7578
elect	5335	+	0.7272	0.6367	.0747618	0.7539
comb	5332	+	0.7672	0.6682	.0692426	0.7448
aguab	5329	+	0.7469	0.5667	.0628886	0.7715
tele	5336	+	0.6944	0.6062	.0778722	0.7602
refrig	5336	+	0.4553	0.3878	.0920998	0.7890
car	5334	+	0.3292	0.2756	.0962099	0.7970
Test scale					.0783506	0.7927

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro B 6: Tabla cruzada del índice de nivel socioeconómico creado y el quintil de riqueza de la EMMUS-V, Haití 2012

Cuartile de Nivel socioecon ómico	wealth index					Total
	poorest	poorer	middle	richer	richest	
muy Bajo	72.0	24.5	3.5	0.0	0.0	100.0
Bajo	40.8	43.2	15.6	0.3	0.0	100.0
Medio	4.9	22.7	50.4	21.0	1.1	100.0
Alto	0.0	0.1	7.8	45.4	46.7	100.0
Total	20.3	19.9	21.6	21.8	16.3	100.0

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

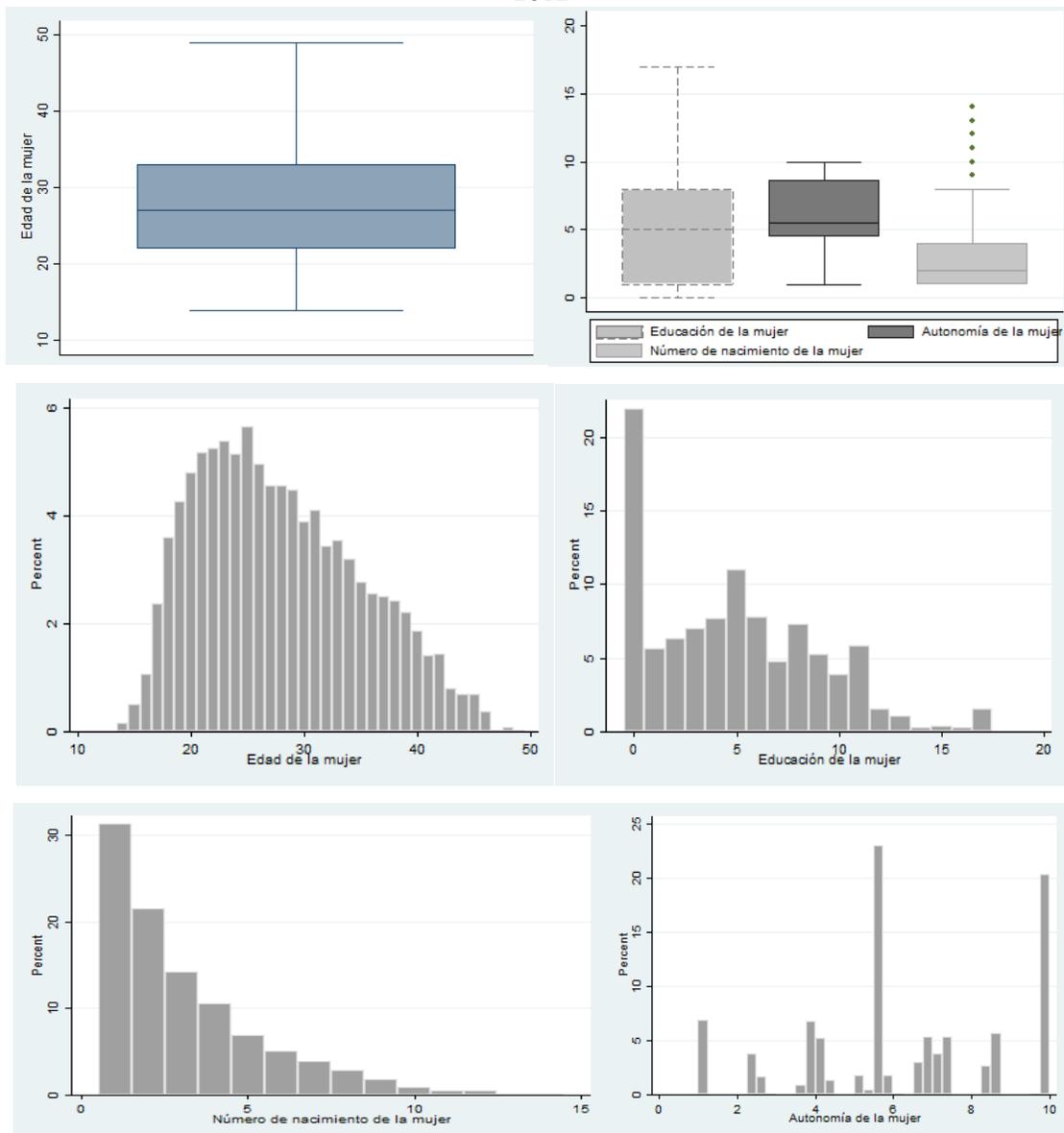
Anexo C: Los cuadros adicionales del análisis descriptivo

Cuadro C 1: Tabla de frecuencias del uso de la atención materna por nivel, Haití 2012.

Salud materna	Tipo de uso de servicios	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Prenatal	No normativo	2,561	49.1
	Normativo	2,657	50.9
Parto	No normativo	3,171	60.8
	Normativo	2,047	39.2
Posnatal	No normativo	4,021	77.1
	Normativo	1,198	23.0
Haití		5,218	100.0

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Gráfica C 1: Descripción de las variables explicativas continuas del uso de la atención materna, Haití 2012



Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro C 2: Matriz de correlación tetracórica, policórica y poliserial de las variables dependientes e independientes, Haití 2012

	Prenatal	Parto	Posnatal	Educación	Edad	Rango de nacimiento	Autonomía	Lugar de Residencia	Región administrativa	Estado conyugal	Comunicación	Nivel socio-económico	Problema de distancia	Problema de dinero	Pérdida fetal	Mortinatalidad	Mortalidad neonatal	Embarazo no planeado
Prenatal	1.00																	
Parto	0.40	1.00																
Posnatal	0.37	0.88	1.00															
Educación	0.32	0.52	0.39	1.00														
Edad	0.00	-0.09	-0.05	-0.18	1.00													
Rango de nacimiento	-0.17	-0.39	-0.30	-0.47	0.73	1.00												
Autonomía	0.04	0.03	0.02	0.01	0.07	0.04	1.00											
Lugar de Residencia	0.30	0.53	0.41	0.44	-0.09	-0.28	0.07	1.00										
Región administrativa	-0.14	-0.28	-0.21	-0.25	0.06	0.15	-0.06	-0.51	1.00									
Estado conyugal	0.10	0.03	0.04	0.09	0.30	0.17	-0.05	-0.02	-0.02	1.00								
Comunicación	0.30	0.43	0.34	0.47	-0.12	-0.29	0.00	0.48	-0.31	0.06	1.00							
Nivel socioeconómico	0.33	0.55	0.42	0.53	-0.05	-0.28	0.05	0.76	-0.47	0.07	0.60	1.00						
Problema de distancia	-0.22	-0.33	-0.24	-0.30	0.10	0.19	0.02	-0.58	0.28	0.02	-0.29	-0.44	1.00					
Problema de dinero	-0.19	-0.27	-0.21	-0.35	0.06	0.25	0.04	-0.28	0.15	-0.08	-0.31	-0.32	0.57	1.00				
Pérdida fetal	0.05	0.06	0.04	-0.04	0.23	0.14	-0.04	0.03	-0.01	0.10	0.00	0.06	0.05	-0.02	1.00			
Mortinatalidad	-0.01	-0.10	-0.04	-0.18	0.27	0.20	-0.05	-0.07	0.04	0.12	-0.06	-0.09	0.10	0.14	0.09	1.00		
Mortalidad neonatal	-0.03	-0.08	0.00	-0.25	0.29	0.36	-0.04	-0.11	0.08	0.06	-0.13	-0.15	0.09	0.15	0.05	0.20	1.00	
Embarazo no planeado	-0.15	-0.13	-0.13	-0.12	0.05	0.25	-0.07	-0.02	0.02	-0.10	-0.06	-0.08	-0.01	0.04	-0.04	0.01	-0.07	1.00

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.
 Nota: Las correlaciones mayores al valor absoluto de 0.5 son sombreados

Cuadro C 3: Descripción de las posibles barreras en función del uso de servicios prenatales en las usuarias de la atención a la salud materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití 2012.

Factores de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio prenatal		
			No normativo	Normativo	Total
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo *** (n = 5,001)	14 – 19 años	15.2	9.4	12.2
		20 – 24 años	26.4	25.9	26.2
		25 – 29 años	21.3	26.3	23.8
		30 – 34 años	15.2	20.3	17.8
		35 – 49 años	21.8	18.0	19.9
	Estado conyugal *** (n = 5,414)	Sin pareja o en unión libre no formal	31.6	29.7	30.6
		Unión libre formal	47.5	42.4	44.9
		Casada	20.9	27.8	24.4
	Educación de la mujer * (n = 5,216)	0 – 17 años	4.2; 4.0; 3.7	6.4; 6.0; 4.5	5.3; 5.0; 4.3
	Lugar de residencia *** (n = 5,414)	Rural	68.8	54.0	61.3
		Urbano	31.2	46.0	38.7
		Zona Metropolitana de Oeste	20.3	28.1	24.3
		Norte	9.6	10.0	9.8
		Resto de Oeste	17.5	16.0	16.7
		Artibonite	16.2	13.5	14.8
		Sur	8.1	6.4	7.2
		Noroeste	5.0	4.2	4.6
		Noreste	3.0	4.7	3.9
	Región administrativa de residencia *** (n = 5,414)	Nippes	3.1	2.9	3.0
		Sureste	4.9	4.0	4.5
		Centro	8.1	7.2	7.6
		Grand'Anse	4.3	2.9	3.6
		Rango de nacimiento del último hijo *** (n = 5,218)	1-14 rango	3.3; 2.0; 2.4	2.7; 2.0; 2.0
Índice de autonomía ** (n = 4,422)	1-10 grados	6.1; 6.0; 2.7	6.4; 6.0; 2.6	6.3; 5.5; 2.7	
Exposición a los medios de comunicación *** (n = 5,414)	Bajo	56.9	37.0	46.8	
	Medio	24.9	30.7	27.8	
	Alto	18.2	32.3	25.4	
	Muy Bajo	17.5	8.9	13.1	
	Nivel socioeconómico *** (n = 5,324)	Bajo	29.7	16.8	23.1
Medio		29.8	29.1	29.5	
Alto		23.0	45.1	34.3	
Problema de distancia *** (n = 5,413)		No	46.1	59.6	53.0
Problema de dinero *** (n = 5,411)	Sí	53.9	40.4	47.0	
	No	14.8	23.4	19.2	
Necesidad	Pérdida fetal (n = 5,414)	No	91.1	90.2	90.7
		Sí	8.9	9.8	9.3
	Mortinatalidad (n = 5,414)	No	95.3	95.5	95.4
		Sí	4.7	4.5	4.6
	Mortalidad neonatal *** (n = 5,414)	No	93.6	94.4	94.0
		Sí	6.4	5.6	6.0
	Embarazo no planeado (n = 5,408)	No	44.5	56.1	50.4
		Sí	55.5	43.9	49.6

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

*** valor $p < 0.01$; ** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$ de la prueba de Ji-cuadrada.

Para las variables cuantitativas, los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

Cuadro C 4: Descripción de las posibles barreras en función del uso de servicios de parto en las usuarias de la atención a la salud materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití 2012.

Factores de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio de parto			
			No normativo	Normativo	Total	
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo *** (n = 5,001)	14 – 19 años	11.8	12.8	12.2	
		20 – 24 años	25.5	27.2	26.2	
		25 – 29 años	23.3	24.7	23.8	
		30 – 34 años	16.9	19.3	17.8	
		35 – 49 años	22.4	16	19.9	
	Estado conyugal** (n = 5,414)	Sin pareja o en unión libre no formal	26.8	36.6	30.6	
		Unión libre formal	51.1	35.3	44.9	
		Casada	22.0	28.1	24.4	
	Educación de la mujer *** (n = 5,216)	0 – 17 años	4.6; 4.0; 3.9	7.8; 8.0; 4.5	5.3; 5.0; 4.3	
	Lugar de residencia *** (n = 5,414)	Rural	74.3	41.1	61.3	
		Urbano	25.7	58.9	38.7	
		Zona Metropolitana de Oeste	16.1	37.0	24.3	
		Norte	9.3	10.6	9.8	
		Resto de Oeste	18.8	13.5	16.7	
		Artibonite	16.3	12.5	14.8	
		Región administrativa de residencia *** (n = 5,414)	Sur	7.5	6.9	7.2
			Noroeste	5.4	3.4	4.6
			Noreste	3.7	4.0	3.9
	Nippes		3.5	2.3	3.0	
	Sureste	5.6	2.7	4.5		
Centro		9.1	5.4	7.6		
Grand'Anse	4.8	1.8	3.6			
Rango de nacimiento del último hijo ** (n = 5,218)	1-14 rango	3.3; 2.0; 2.4	2.7; 2.0; 2.0	3.0; 2.0; 2.3		
Índice de autonomía (n = 4,422)	1-10 grados	6.1; 6.0; 2.7	6.4; 6.0; 2.6	6.3; 5.5; 2.7		
Exposición a los medios de comunicación *** (n = 5,414)	Bajo	57.5	30.2	46.8		
	Medio	27.7	28.0	27.8		
	Alto	14.8	41.7	25.4		
	Muy Bajo	18.7	4.5	13.1		
	Nivel socioeconómico *** (n = 5,324)	Bajo	31.0	10.8	23.1	
Medio		30.6	27.8	29.5		
Alto		19.7	56.9	34.3		
Problema de distancia *** (n = 5,413)		No	44.7	65.7	53.0	
		Sí	55.3	34.3	47.0	
Problema de dinero *** (n = 5,411)	No	14.3	26.7	19.2		
	Sí	85.7	73.3	80.8		
Mortinatalidad ** (n = 5,414)	No	94.8	96.2	95.4		
	Sí	5.2	3.8	4.6		
	Mortalidad neonatal *** (n = 5,414)	No	93.2	95.2	94.0	
		Sí	6.8	4.8	6.0	
Embarazo no planeado *** (n = 5,408)	No	47.3	55.1	50.4		
	Sí	52.7	44.9	49.6		
Componentes de la Salud Materna	Prenatal *** (n = 5,365)	Bajo	58.6	34.4	49.1	
		Alto	41.4	65.6	50.9	

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

* valor $p < 0.01$; *** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$ de la prueba de Ji-cuadrada

Para las variables cuantitativas, los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

Cuadro C 5: Descripción de las posibles barreras en función del uso de servicios posnatales en las usuarias de la atención a la salud materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití 2012.

Factores de Andersen	Variables explicativas	Categorías	Uso de servicio de posnatal			
			No normativo	Normativo	Total	
	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo *** (n = 5,001)	14 – 19 años	12.3	12.1	12.2	
		20 – 24 años	26.1	26.6	26.2	
		25 – 29 años	23.5	25.2	23.8	
		30 – 34 años	17.1	20.2	17.8	
		35 – 49 años	21.1	15.9	19.9	
	Estado conyugal (n = 5,414)	Sin pareja o en unión libre no formal	29.2	35.4	30.6	
		Unión libre formal	47.7	35.8	44.9	
		Casada	23.1	28.9	24.4	
	Educación de la mujer *** (n = 5,216)	0-17 años	4.6; 4.0; 3.9	7.8; 8.0; 5.4	5.3; 5.0; 4.3	
	Lugar de residencia *** (n = 5,414)	Rural	66.9	42.4	61.3	
		Urbano	33.1	57.6	38.7	
	Predisposición	Zona Metropolitana de Oeste	Oeste	20.8	36.0	24.3
			Norte	9.6	10.6	9.8
Resto de Oeste			17.4	14.3	16.7	
Región administrativa de residencia *** (n = 5,414)		Artibonite	15.7	12.0	14.8	
		Sur	7.5	6.2	7.2	
		Noroeste	5.0	3.2	4.6	
		Noreste	3.8	4.1	3.9	
		Nippes	3.3	2.1	3.0	
		Sureste	4.7	3.8	4.5	
		Centro	8.1	6.3	7.6	
	Grand' Anse	4.2	1.6	3.6		
Rango de nacimiento del último hijo ** (n = 5,218)	1-14 rango	3.2; 2.0; 2.4	2.2; 2.0; 1.7	3.0; 2.0; 2.3		
Autonomía (n = 4,422)	1-10 grados	6.2; 6.0; 2.7	6.3; 6.0; 2.7	6.3; 5.5; 2.7		
Exposición a los medios de comunicación *** (n = 5,414)	Bajo	57.5	30.2	46.8		
	Medio	27.7	28.0	27.8		
	Alto	14.8	41.7	25.4		
	Muy Bajo	15.7	4.4	13.1		
Capacidad	Nivel socioeconómico *** (n = 5,324)	Bajo	26.5	11.8	23.1	
		Medio	30.5	26.0	29.5	
	Problema de distancia *** (n = 5,413)	Alto	27.3	57.7	34.3	
		No	49.4	64.9	53.0	
Problema de dinero *** (n = 5,411)	Sí	50.6	35.1	47.0		
	No	17.2	25.9	19.2		
Necesidad	Mortalidad neonatal (n = 5,414)	Sí	82.8	74.1	80.8	
		No	94.0	94.0	94.0	
	Embarazo no planeado *** (n = 5,408)	Sí	6.0	6.0	6.0	
Componentes de la Salud Materna	Prenatal *** (n = 5,414)	No	48.9	55.4	50.4	
		Sí	51.1	44.6	49.6	
	Parto *** (n = 5,414)	Bajo	53.8	33.1	49.1	
		Alto	46.2	66.9	50.9	
		Bajo	76.3	8.6	60.8	
		Alto	23.7	91.4	39.2	

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

* valor $p < 0.01$; *** valor $p < 0.05$; * valor $p < 0.1$ de la prueba de Ji-cuadrada

Para las variables cuantitativas, los parámetros se presentan en este orden: la media, la mediana y la desviación estándar.

Anexo D: Resultados adicionales para el modelo de MEEG

Cuadro D 1: Prueba de significancia global de modelo de MEEG, EMMUS-V, Haití 2012

Pruebas	Coefficiente	p-valor
Wald global	18.28	0.000
Wald / prenatal	11.96	0.000
Wald / parto	13.22	0.000
Wald / posnatal	18.82	0.000

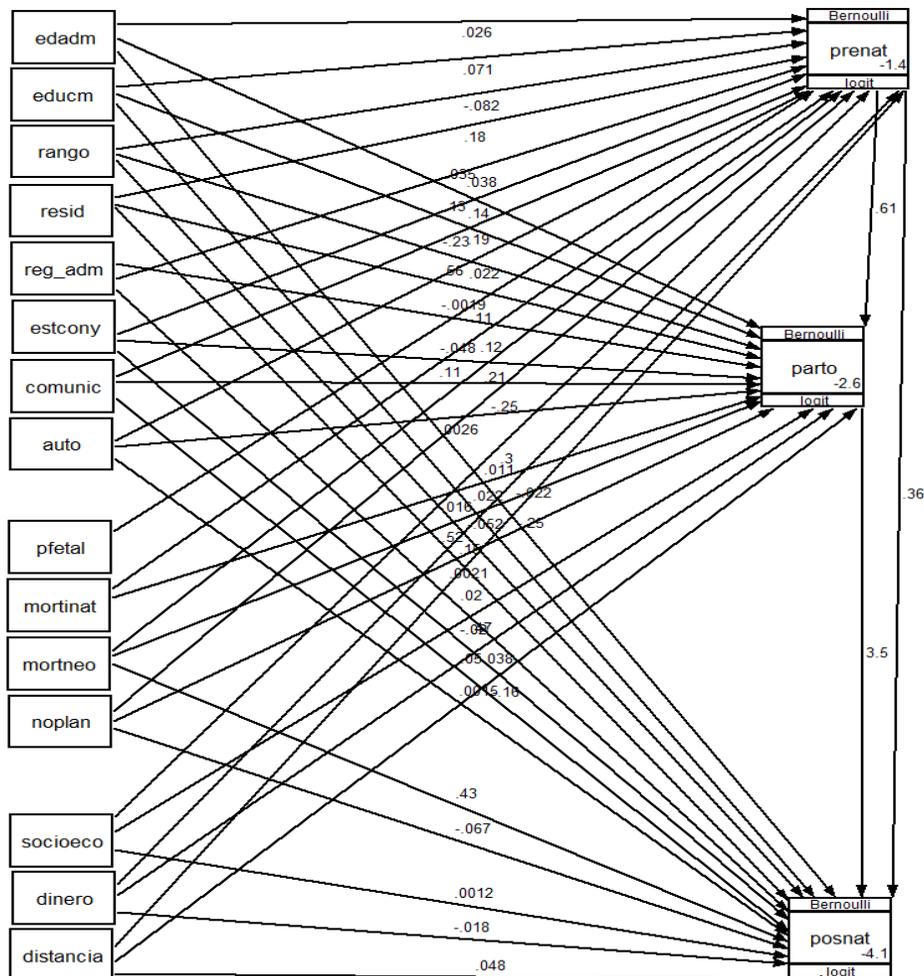
Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro D 2: Estimación de los criterios de Akaike y Schwarz, EMMUS-V, Haití 2012.

Modelo	Observación	ll(modelo)	gl	AIC	BIC
Final	4,345	-6,194.68	97	12,583.35	13,201.90
Sin rango de nacimiento y el nivel socioeconómico	4,416	-6,420.32	85	13,010.63	13,554.04
Sin edad y lugar de residencia	4,525	-6,520.42	82	13,204.84	13,731.06

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Gráfica D 1: Diagrama del MEEG para el uso de los servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012. STATA 14.

Cuadro D 3: Los efectos marginales de los covariantes del uso normativo de la atención materna en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012

Variables	Efecto marginal promedio	Desviación estándar	p-valor	Intervalo de confianza del 95% de probabilidad ajustada	
				Límite inferior	Límite superior
Para prenatal = 1					
P(parto=1)	0.083	0.019	0.000	0.047	0.120
P(posnatal=1)	0.029	0.013	0.027	0.003	0.054
Para parto = 1					
P(posnatal=1)	0.457	0.022	0.000	0.415	0.500

Fuente: Elaboración propia con información de la EMMUS-V 2012.

Cuadro D 4: Características de la mujer utilizadas para crear el perfil del bajo y alto uso de la atención a la salud materna normativo en los cinco años previos a la EMMUS-V, Haití, 2012.

Factores de Andersen	Características que influyen el uso normativo de la atención materna	Características que alientan el uso normativo de la atención materna
Predisposición	Edad de la mujer al momento del nacimiento del último hijo	
	15 – 19 años	25 – 29 años
	Estado conyugal	
	Sin pareja o en unión libre no formal	Casada
	Educación de la mujer	
	Primer cuartil de años de educación (1 año)	Tercer cuartil de años de educación (8 años)
	Lugar de residencia	
	Rural	Urbana
	Región administrativa	
	Grand' Anse	Zona Metropolitana de Oeste
	Rango de nacimiento del último hijo **	
	2 hijos ²⁶	Primer cuartil (1 hijo)
	Índice de autonomía	
Primer cuartil (4.5 grados)	Tercer cuartil (8.6 grados)	
Exposición a los medios de comunicación		
Bajo	Alto	
Capacidad	Nivel socioeconómico	
	Muy bajo	Alto
	Problema de distancia	
	Sí	No
Problema de dinero		
Sí	No	
Necesidad	Pérdida fetal	
	No	Sí
	Mortalidad neonatal	
	No	Sí
	Mortinatalidad	
	No	Sí
Embarazo no planeado		
Sí	No	
Componentes de Salud materna	Uso normativo de atención prenatal	
	No	Sí
	Uso normativo de atención en el parto	
No	Sí	

Fuente: Elaboración propia

²⁶ Se elije 2 hijos en vez de del tercer cuartil para que sea en adecuación con el grupo de las adolescentes.