

Factores asociados con el inicio oportuno del control prenatal en el primer nivel de atención

Factors Associated with Timely Initiation of Prenatal Care at the Primary Care Level

José A. Mendiola-Ramírez,¹ Lucía Hernández-Miranda,^{1*} Claudia Rodríguez-Correa,² María M. Valencia-Gutiérrez.³

Resumen

Objetivo: analizar los factores asociados al inicio oportuno del control prenatal en el primer nivel de atención. **Método:** estudio transversal y analítico. Se incluyeron 248 mujeres embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 84 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán, México. El muestreo fue no probabilístico, con cálculo de tamaño muestral para población finita. La información se recabó mediante el cuestionario para determinar los factores de riesgo para el inicio tardío del control prenatal. Se emplearon frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión; las asociaciones bivariadas se analizaron con χ^2 y el modelo multivariado con regresión logística binaria. **Resultados:** la población estuvo conformada principalmente por mujeres jóvenes (20-30 años); 59.3% con estudios de licenciatura, 60.1% casadas y 49.6% laboralmente activas. 66.5% inició oportunamente el control prenatal. El antecedente de dos o más gestas se asoció con mayor probabilidad de inicio oportuno. En contraste, la falta de empleo y la condición de estudiante se asociaron con menor probabilidad de inicio oportuno, esta última con una razón de momios de 4.28 para inicio tardío del control prenatal. **Conclusión:** aunque la mayoría de las gestantes inició oportunamente el control prenatal, persistieron características sociodemográficas asociadas con el retraso en la atención, particularmente la ausencia de empleo y la condición de estudiante. El antecedente de embarazo previo se asoció con mayor probabilidad de inicio oportuno. Se requieren intervenciones dirigidas a mujeres jóvenes, estudiantes y sin empleo para fomentar la atención oportuna y mejorar los desenlaces materno-fetales.

Palabras clave: control prenatal, factores protectores, factores de riesgo, primer nivel de atención.

Sugerencia de citación: Mendiola-Ramírez JA, Hernández-Miranda L, Rodríguez-Correa C, Valencia-Gutiérrez MM. Factores asociados con el inicio oportuno del control prenatal en el primer nivel de atención. *Aten Fam.* 2026;33(2):84-90. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2026.2.95488>

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 31/07/2025

Aceptado: 10/12/2025

¹Unidad de Medicina Familiar No. 84. Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México.

²Instituto Tecnológico Nacional. Ciencias básicas. La Piedad, Michoacán, México.

³Hospital General de Zona No. 83. Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia, Michoacán, México.

*Correspondencia:

Lucía Hernández-Miranda
lucia190316@gmail.com

Abstract

Objective: To analyze the factors associated with timely initiation of prenatal care at the primary care level. **Method:** Cross-sectional, analytical study, which included 248 pregnant women enrolled in the Family Medicine Unit No. 84 of the Mexican Institute of Social Security in Michoacan, Mexico. A non-probabilistic sampling, with sample size calculation for a finite population. Information was collected using a questionnaire to determine risk factors for late initiation of prenatal care. Frequencies, measures of central tendency, and dispersion were employed; bivariate associations were analyzed with χ^2 and the multivariate model with binary logistic regression. **Results:** The population consisted mainly of young women (20-30 years old); 59.3% had a bachelor's degree, 60.1% were married, and 49.6% were employed. Overall, 66.5% started prenatal care opportunely. A history of two or more pregnancies was associated with a higher probability of timely initiation. In contrast, unemployment and being a student were associated with a lower probability of timely initiation, the latter showing an odds ratio of 4.28 for late initiation of prenatal care. **Conclusion:** Although most pregnant women began prenatal care in a timely manner, sociodemographic characteristics associated with delayed care persisted, particularly unemployment and student status. A history of previous pregnancy was associated with a higher probability of timely initiation. Interventions targeting young women, students, and unemployed women are needed to promote timely care and improve maternal-fetal outcomes.

Keywords: Prenatal Care; Protective Factors; Risk Factors; Primary Health Care.

Introducción

El inicio del control prenatal, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definido como la primer consulta que debe recibir la mujer embarazada antes de la semana doce de la gestación.¹ De acuerdo con los objetivos del desarrollo sostenible planteados para 2030 establecidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015, se busca reducir la cifra de muertes maternas, ya que se estima que 75% de estas se debe a complicaciones maternas prevenibles.² En América Latina, cada nación ha creado guías de atención prenatal ajustadas a las necesidades de su región.³ A pesar de que la mayoría de las naciones ha enfatizado la importancia de iniciar tempranamente la atención durante el embarazo, persisten barreras que van desde factores personales hasta sociales y que limitan la supervisión del estado de gravidez.⁴

En este mismo escenario, se ha identificado que las intervenciones oportunas y adecuadas en la atención prenatal pueden salvar vidas.⁵ Los factores sociodemográficos, como el lugar de procedencia, el nivel socioeconómico y la educación, se relacionan con la evolución del embarazo y sus desenlaces; al respecto, se ha observado que la tasa de cesáreas aumenta de 20% a 40% en mujeres con menor nivel educativo. Otro factor asociado al inicio tardío del control prenatal es la primigesta.^{6,7}

A nivel global, 58.6% de las mujeres inicia la atención prenatal de manera oportuna, aunque esta cifra difiere entre continentes. El inicio oportuno de la atención prenatal permite una evaluación integral, preventiva y seriada desde el primer trimestre del embarazo. En los países en desarrollo se estima que solo 48.1% accede a atención prenatal temprana,

mientras que en los países desarrollados esta tasa asciende a 84.8%.^{8,9} En 1995, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se registró una mortalidad perinatal de 14.9 por cada 1000 nacimientos; esta cifra no ha disminuido en los últimos años. En este contexto, la atención prenatal representa una de las diez líneas prioritarias de atención médica en el primer nivel.

En concordancia con ello, la guía de práctica clínica para la atención prenatal en México establece que la primera consulta debe realizarse antes de las trece semanas de gestación, y debe estar centrada en tratar las condiciones clínicas subyacentes y en desarrollar un plan de atención para el parto o ante emergencias durante el embarazo.¹⁰

No obstante, en el estado de Michoacán se ha identificado que el control prenatal no siempre inicia durante el primer trimestre, lo que genera brechas en la captación temprana de las gestantes.¹¹ Esta situación sugiere la presencia de factores que pueden limitar el acceso oportuno a la atención prenatal.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados al inicio oportuno de la atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 84 de Tacicuaró, Michoacán, México.

Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico, participaron mujeres que iniciaron control prenatal en la UMF referida, entre agosto y diciembre de 2023. Se excluyeron aquellas con alteraciones cognitivas que impidieran responder el cuestionario, así como quienes entregaron instrumentos con respuestas incompletas.

Previo consentimiento informado, se aplicó el cuestionario para determi-

nar el inicio tardío del control prenatal, validado por Navarro.¹² Este instrumento comprende cuatro dimensiones (socioeconómica, personal, obstétrica e institucional), con un total de 37 ítems de respuesta dicotómica y un coeficiente de confiabilidad Kuder-Richardson de 0.7.

El muestreo fue no probabilístico; el tamaño de muestra se calculó mediante la fórmula para población finita, obteniéndose 248 gestantes con un nivel de confianza de 95% ($Z = 1.96$).

Para el análisis estadístico, las variables cualitativas (edad, género, estado civil, grado escolar, ocupación, procedencia, número de gestas, embarazo planificado, apoyo económico e ingresos) se organizaron en frecuencias absolutas y relativas; las variables cuantitativas se procesaron según su distribución, empleando media y desviación estándar en caso de distribución libre, y mediana con percentiles 25-75 para aquellas con distribución normal. Se aplicó la prueba de χ^2 de Pearson para explorar asociaciones entre el inicio del control prenatal <14 vs ≥ 14 semanas de gestación. Asimismo, se construyó un modelo de regresión logística binaria para identificar factores asociados al inicio oportuno o tardío del control prenatal. El procesamiento de datos se efectuó con el programa estadístico spss v. 23.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS (R- 2023-1603-022).

Resultados

Se incluyeron 248 gestantes, de las cuales 66.5% inició el control prenatal de manera oportuna. Predominaron mujeres de 20 a 30 años, con escolaridad de licenciatura, casadas y con actividad laboral, así como primigestas. La mayoría de las

participantes refirió satisfacción con la atención recibida y condiciones favorables del servicio, independientemente del sexo del personal médico (tablas 1 a 3).

Tabla 1. Variables sociodemográficas (n= 248)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Adolescente	21	8.5
*Joven	135	54.4
**Intermedia	92	37.1
Estado civil		
Casada	149	60.1
Soltera	21	8.5
Unión libre	78	31.4
Grado académico		
Licenciatura	147	59.3
Primaria	7	2.7
Secundaria	94	38.0
Ocupación		
Trabaja	123	49.6
No trabaja	97	39.1
Estudia	28	11.3
Procedencia		
No rural	217	87.5
Rural	31	12.5
Con pareja		
Sí	235	94.8
No	13	5.2
Apoyo económico		
Pareja	231	93.1
Padres	11	4.4
Familiar	6	2.5
Ingreso en peso mexicano		
>2000	197	79.4
1501–2000	47	19.0
1000–1500	4	1.6
Cree en el control prenatal		
Muy importante	240	96.8
Poco importante	8	3.2

*Edad joven de 20 a 30 años

**Edad intermedia de 31 a 49 años

Tabla 2. Características gineco-obstétricas (n= 248)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente familiar de embarazo adolescente		
No	160	64.5
Sí	88	35.5
Gestas		
1	88	35.5
2	77	31.0
3	51	20.6
4	26	10.5
5	6	2.4
Embarazo		
No planificado	109	44.0
Planificado	109	44.0
Fallo de método	30	12.0

En el análisis bivariado, el inicio oportuno del control prenatal mostró asociación con variables sociodemográficas como edad, estado civil, ocupación y apoyo económico, así como con antecedentes gineco-obstétricos, particularmente el número de gestas y la planificación del embarazo (tablas 4 y 5).

Tabla 3. Percepción de la atención médica (n= 248)

Variables	Frecuencia		Porcentaje	
	Sí	No	Sí	No
Experiencia negativa	–	248	–	100
Interesada en asistir	248	–	100	–
Turno para la consulta	248	–	100	–
Conformidad del trámite de citas	248	–	100	–
Dificultad para asistir	20	228	8.1	91.9
Incomodidad de ser atendida por sexo masculino	3	245	1.2	98.8
El horario de atención es compatible	235	13	94.8	5.2
Trato adecuado	248	–	100	–
Tiempo de espera adecuado	248	–	100	–
El ambiente del consultorio es adecuado	248	–	100	–

Tabla 4. Relación de las variables sociodemográficas de acuerdo con el inicio del control prenatal

Variables	Inicio del control prenatal		*p
	<14 SDG	≥14 SDG	
	F (%)	F (%)	
Edad			
Adolescente 14–19 años	9 (5.5)	12 (14.5)	0.031
Joven 20–30 años	89 (53.9)	46 (55.4)	
Intermedia 31–49 años	67 (40.6)	25 (30.1)	
Estado civil			
Casada	113 (68.5)	36 (43.4)	0.0001
Soltera	7 (4.2)	14 (16.9)	
Unión libre	45 (27.3)	33 (39.8)	
Grado académico			
Primaria	5 (3.0)	2 (2.4)	0.450
Secundaria	58 (35.2)	36 (43.4)	
Licenciatura	102 (61.8)	45 (54.2)	
Ocupación			
Trabaja	94 (57.0)	29 (34.9)	0.0001
No trabaja	61 (37.0)	36 (43.4)	
Estudia	10 (6.1)	18 (21.7)	
Procedencia			
Rural	20 (12.1)	11 (13.3)	0.799
Urbano	145 (87.9)	72 (86.7)	
Vive con su pareja			
Sí	160 (97)	75 (90.4)	0.036
No	5 (3.0)	8 (9.6)	
Apoyo económico			
Pareja	158 (95.8)	73 (88.0)	0.019
Padres	3 (1.8)	8 (9.6)	
Familia	4 (2.4)	2 (2.4)	
Ingreso			
1001–1500	1 (0.6)	3 (3.6)	0.109
1501–2000	28 (17)	19 (22.9)	
>2000	136 (82.4)	61 (73.5)	

SDG= semanas de gestación, F= frecuencia, $p<0.05$

Tabla 5. Relación de antecedentes gineco-obstétricos de acuerdo con el inicio del control prenatal

Variables n (%)	Inicio del control prenatal		*p
	<14 SDG	≥14 SDG	
	F (%)	F (%)	
Antecedente familiar de embarazo adolescente			
Sí	59 (35.8)	29 (34.9)	0.899
No	106 (64.2)	54 (65.1)	
Gestas			
1	46 (27.9)	42 (50.6)	0.0001
2	62 (37.6)	15 (18.1)	
3	40 (24.2)	11 (17.1)	
4	11 (6.7)	15 (18.1)	
5	6 (3.6)	0	
Embarazo			
No planificado	65 (39.4)	44 (53.0)	0.037
Planificado	82 (49.7)	27 (32.5)	
Fallo en el método	18 (10.9)	12 (14.5)	

SDG= semanas de gestación, F= frecuencia, $p<0.05$

Tabla 6. Modelo de regresión logística binaria ajustado para predecir los factores asociados al control prenatal >14sdg

Variables	RM	IC 95%	*p
Ocupación			
No trabajar	1.96	1.010–3.810	0.047
Grado académico			
Estudiante	4.28	1.578–11.663	0.004
Gestas			
2	0.290	0.131–0.638	0.002
3	0.408	0.164–1.014	0.054
4	1.723	0.606–4.899	0.308
5	0.000	0.000–0.000	0.999
Edad			
Adolescente	1.044	0.297–3.668	0.946
Mujer joven	1.282	0.634–2.590	0.489

R²= 21.3%, RM= razón de momios, IC 95%= intervalo de confianza, $p<0.05$

Discusión

El inicio oportuno del control prenatal está determinado por una interacción compleja de factores sociales, familiares y personales, entre los que destaca el acceso efectivo a los servicios de salud. Dado que la asistencia al control prenatal constituye una decisión voluntaria, resulta esencial identificar los determinantes que condicionan el retraso en la primera consulta.

En este estudio, más de la mitad de las gestantes iniciaron oportunamente el control prenatal, hallazgo consistente con investigaciones previas que subrayan la relevancia del acceso temprano para mejorar los desenlaces materno-fetales y cumplir con las recomendaciones de la OMS.¹ La asociación observada entre el inicio oportuno del control prenatal y características como la edad joven, el estado civil casado y la condición laboral activa confirma la influencia de los factores sociodemográficos en la búsqueda de atención, en concordancia con lo reportado en estudios realizados en países latinoamericanos como Colombia y Perú.¹³⁻¹⁵

La evidencia latinoamericana señala que un mayor nivel educativo favorece el inicio temprano del control prenatal, mientras que las condiciones laborales poco flexibles pueden dificultarlo, como se ha observado en estudios realizados en Argentina y Colombia.^{16,17} En contraste, en esta investigación la ausencia de empleo y la condición de estudiante se asociaron con el inicio tardío del control prenatal, lo que refleja la vulnerabilidad de estos grupos. La asociación observada en estudiantes ($OR = 4.28$) sugiere la necesidad de estrategias específicas dirigidas a mujeres jóvenes en etapa formativa, quienes pueden enfrentar barreras relacionadas con el tiempo

disponible, los recursos económicos y la percepción de necesidad de atención.

Respecto al nivel socioeconómico, estudios realizados en México y Panamá han mostrado que las desigualdades económicas y las dificultades de traslado actúan como barreras para el acceso al control prenatal, lo que indica que la gratuidad del servicio no garantiza por sí misma un inicio oportuno.^{18,19} En esta investigación, la mayoría de las mujeres con inicio temprano del control prenatal reportó ingresos medios y escasas dificultades de traslado, hallazgo consistente con lo descrito en estudios realizados en Perú,¹⁴ lo que sugiere que la disponibilidad de recursos económicos y condiciones favorables de acceso facilitan la búsqueda temprana de atención durante el embarazo.

La percepción positiva de la atención recibida refuerza la importancia de la calidad del servicio y la confianza en el sistema de salud como determinantes de la adherencia, lo cual se refleja en este estudio, en el que las experiencias reportadas fueron mayoritariamente favorables. De manera consistente, se ha documentado en México que las percepciones negativas relacionadas con los tiempos de espera o la falta de información pueden disminuir la probabilidad de acceso temprano al control prenatal.²⁰

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de fortalecer políticas públicas orientadas a promover el inicio oportuno del control prenatal, con especial atención en mujeres jóvenes, estudiantes y sin empleo. El inicio de la atención durante el primer trimestre permite la detección temprana de condiciones como hipertensión, anemia e infecciones, lo que contribuye a reducir complicaciones maternas y perinatales.²¹⁻²³ La identificación de

factores asociados con la oportunidad de la atención constituye una herramienta útil para diseñar intervenciones focalizadas dirigidas a disminuir inequidades y mejorar los resultados en salud materna y perinatal.

Entre las limitaciones del estudio se reconoce el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Futuras investigaciones podrían incorporar diseños longitudinales que permitan evaluar el seguimiento durante todo el embarazo. Asimismo, se identificaron dificultades en la comprensión de algunos reactivos del cuestionario aplicado, lo que resalta la necesidad de utilizar instrumentos validados específicamente para población mexicana, con el fin de reducir posibles sesgos de medición.

Finalmente, esta investigación aborda un tema prioritario en salud materna, como el inicio oportuno del control prenatal, analizado desde una perspectiva sociodemográfica. El estudio en un grupo específico de mujeres atendidas en una unidad de medicina familiar aporta evidencia contextualizada y potencialmente aplicable a la práctica clínica en el primer nivel de atención.

Conclusión

El inicio oportuno del control prenatal se presentó en dos tercios de las gestantes estudiadas y se asoció con factores sociodemográficos como la edad joven, el estado civil casado y la actividad laboral; en contraste, la condición de estudiante y la falta de ocupación se asociaron con el inicio tardío. El antecedente de embarazo previo se relacionó con mayor probabilidad de inicio oportuno, lo que sugiere la influencia de la experiencia gestacional en la búsqueda temprana de atención. Estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones dirigidas

a grupos de riesgo para favorecer el acceso oportuno a los servicios de salud materna.

Contribución de los autores

JA M-R: conceptualización y desarrollo, idea original, recolección, elaboración de la base de datos y elaboración del manuscrito. L H-M: conceptualización y desarrollo, asesoría metodológica, revisión de la redacción y supervisión del proyecto. C R-C: conceptualización y análisis de los datos. MM V-G: asesoría metodológica y análisis de los datos.

Financiamiento

Esta investigación no tuvo financiamiento externo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Recomendación de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. [citado 2025 Nov 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
- Palacios-Vivanco DP, Moquillaza-Alcántara VH, Barja-Ore J. Características de la atención prenatal y su asociación con el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas. *Ginecol Obstet Mex*. 2024;92(1):17–26.
- Ortiz Ramos VA, Itusaca Dueñas NN, Ulloa Ordoñez LV, Vela Ruiz JM, Desposorio-Robles J, Alatriza Gutiérrez MS. Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2024;84(2):155–167.
- Cano MMV, Marrero GD. Percepción de embarazadas sobre barreras para el acceso al control prenatal. *Rev Eugenio Espejo*. 2024;18(1):39–57.
- Aguilera PS, Soothill P. Control prenatal. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25(6):880–886.
- Barros RLJ, Velasco AEF. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con complicaciones obstétricas. *Enferm Investig*. 2022;7(1):58–66.
- Milcent C, Zbiri S. Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery. *Health Econ Rev*. 2018;8(1):7.
- Tessema D, Kassu A, Teshome A, Abdo R. Timely initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending Wachemo University Nigist Eleni Mohammed Memorial Comprehensive Specialized Hospital, Hossana, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *J Pregnancy*. 2023;2023:7054381.
- Quijaite-Masías T, Valverde-Espinoza N, Barja-Ore J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2019;45(4):e613.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica México [Internet]. [citado 2025 Nov 28]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Álvarez-Huante YV, Muñoz-Cortés G, Chacón-Valladares P, Gómez-Alonso C. Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. *Aten Fam*. 2017;24(3):1007–111.
- Navarro VJM. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” -enero a marzo del 2015. [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- Londoño-Cadena PC, Ibáñez-Correa LM, Valencia-Rivas WY, Anaconda-Cruz MY, Abou-Trabi RB, Pacheco-López R. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016–2018. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2022;73(3):255–264.
- Guillén-Calle BE, Zagaceta-Guevara Z, Santos-Rosales YR. Motivos de abandono y ausencia de atención prenatal en mujeres en puerperio en un hospital público del Perú. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(10):715–722.
- Unar-Munguía M, Hubert C, Bonvecchio-Arenas A, Vázquez-Salas RA. Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. *Salud Publica Mex*. 2023;65(Supl 1):S55–S64.
- Tumas N, Godoy AC, Peresini V, Peisino ME, Boldrini G, Vaggione G, et al. El cuidado prenatal y determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. *Poblac Salud Mesoam*. 2022;19(2):224–244.
- Lozano BJA, Yopasa CC, Cetares RMA. Adherencia a control prenatal de gestantes que asisten del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Rev Lab Iberoam Estud Sociohist Sexual*. 2023;9:1–16.
- Bermúdez-Rojas ML, Medina Jimenez V, Manzanares Cuadros JI, Diaz Martínez DA, Padilla Raygoza N, Lara Lona E. Universal prenatal screening: a initiative from Guanajuato, Mexico to improve equity in perinatal healthcare. *Front Med (Lausanne)*. 2023; 10:1127802.
- Marín-Arias L, Gutiérrez Obregón Y. Características sociodemográficas y obstétricas de adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en los equipos básicos de atención integral en salud en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Acta Med Costarric*. 2024;66(1):1–8.
- Doubova SV, Quinzanos Fresnedo C, Paredes Cruz M, Perez-Moran D, Pérez-Cuevas R, Meneses Gallardo V, et al. (2024) A comprehensive assessment of care competence and maternal experience of first antenatal care visits in Mexico: Insights from the baseline survey of an observational cohort study. *PLoS Med* 21(9): e1004456.
- Ramírez Taipe MA, Herrera López JL. Determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador. *Arandu*. 2024;11(2):758–773.
- Mendoza A, Flores CH, Martínez L, Rosales K, De León R. Factores psicosociales de riesgo que inciden en el embarazo adolescente mujeres de control prenatal en Panamá. *REVCOG*. 2024;28(2):34–40.
- Piña Calle EA. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Rev Publicando*. 2020;7(26):54–62.