UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

# FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA – TACNA, 2024

# TESIS

**Presentada por:**

**Bach. Kevin Richard Quello Mayta**

**Para optar el Título Profesional de**

## LICENCIADO EN OBSTETRICIA

**TACNA – PERÚ**

**2026**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Obstetricia**

**FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA - TACNA, 2024**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. KEVIN RICHARD QUELLO MAYTA**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

Aprobada por **UNANIMIDAD**, ante el siguiente jurado

**Dr. Luis Fredy Choque Mamani**
**Presidente**

**M.Sc. Katty Giovana Mendoza Mamani**
**Secretaria**

**Dra. Ana Mariela Gonzales Melchor**
**Vocal**

**Dra. Ana Mariela Gonzales Melchor**
**Asesora**

## CERTIFICADO DE PORCENTAJE DE SIMILITUD DEL INFORME FINAL DE TESIS

Yo, Ana Mariela Gonzales Melchor, en mi condición de asesor(a) acreditado(a) con resolución de Facultad N° 14018-2025-FACS del 15 de julio del 2025, del trabajo de tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA - TACNA, 2024, presentado por la(el) bachiller Kevin Richard Quello Mayta, para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 12 %. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis anunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 14 de septiembre del 2026

FIRMA DEL ASESOR Ana Mariela Gonzales Melchor
Nombres y apellidos
DNI 00432356

FIRMA DEL AUTOR
Nombres y apellidos Kevin Quello Mayta
DNI 70001432

## DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a Dios por estar junto a mí día a día y guiar mis pasos, por darme fuerza de voluntad, buena salud, su infinita bondad y bendiciones para lograr mí meta.

A mi madre, Magda Mayta Veliz y a mi padre, Roger Quello Apaza por ser mi fortaleza y ejemplo de vida. A mi hijo, Dorian Lohan Quello Anquise, por ser mi mayor motivación. Y a mi pareja, Yuneth Anquise Poma, por su apoyo incondicional en este proceso.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi alma mater, a mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, quienes día a día me impartieron sus conocimientos teóricos – prácticos, por su cariño, paciencia, dedicación, preocupación y orientación por el desarrollo de esta noble profesión. Al personal administrativo por su apoyo.

Agradezco al personal del Centro de Salud La Esperanza -Ministerio de Salud, por las facilidades brindadas y hacer posible que se pueda realizar dicha investigación.

# ÍNDICE

DEDICATORIA ..... iv
AGRADECIMIENTO ..... v
ÍNDICE DE TABLAS ..... viii
ÍNDICE DE FIGURAS ..... ix
RESUMEN ..... x
ABSTRACT ..... xi
INTRODUCCIÓN ..... 1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 3
1.1. Descripción del problema ..... 3
1.2. Formulación del problema ..... 7
1.3. Justificación de la investigación ..... 8
1.4. Limitaciones de la investigación ..... 10
1.5. Objetivos ..... 10
1.5.1. Objetivo general ..... 10
1.5.2. Objetivos específicos ..... 10
1.6. Hipótesis ..... 11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO ..... 12
2.1. Antecedentes de estudio ..... 12
2.2. Bases teóricas ..... 21
2.3. Definición de términos ..... 40
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO ..... 44
3.1. Tipo de investigación ..... 44
3.2. Diseño de investigación ..... 44
3.3. Población y muestra ..... 44
3.4. Operacionalización de variables ..... 46
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... 46
3.6 Procedimiento y análisis de datos ..... 46
3.7 Aspectos éticos ..... 47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ..... 48
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN ..... 64
CONCLUSIONES ..... 64
RECOMENDACIONES ..... 64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....71
ANEXOS .....76

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024 ..... 48

Tabla 2. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024. ..... 50

Tabla 3. Factores institucionales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024 ..... 52

Tabla 4. Atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024 .... 54

Tabla 5. Prueba de normalidad ..... 56

Tabla 6. Factores sociodemográficos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024. ..... 58

Tabla 7. Factores obstétricos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024. ..... 60

Tabla 8. Factores institucionales asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024. ..... 62

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024 ..... 49

Figura 2. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024. ..... 51

Figura 3. Factores institucionales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024 ..... 53

Figura 4. Atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024... 54

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados al acceso a la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza de Tacna durante el año 2024. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo básico, con diseño no experimental y correlacional. La población estuvo conformada por 290 gestantes y la muestra por 165, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado y el análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$).

Los resultados evidenciaron que, en los factores sociodemográficos, predominaron las convivientes con educación secundaria (41,2 %), trabajadoras independientes (34,5 %) y de zona urbana (89,7 %). Respecto a los factores obstétricos, el 52,7 % fueron nulíparas, el 53,3 % no registró antecedentes de aborto, el 49,1 % tuvo un período intergenésico adecuado y el 62,4 % presentó un estado nutricional pregestacional normal. En cuanto a los factores institucionales, el 57,0 % calificó el tiempo de atención como eficiente, el 47,3 % consideró muy bueno el trato profesional y el 76,4 % evaluó positivamente la infraestructura.

Se concluye que el acceso a la atención prenatal estuvo asociado significativamente con determinados factores sociodemográficos y obstétricos; sin embargo, no se encontró asociación significativa con los factores institucionales.



***Palabras clave:*** *Atención prenatal, factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores institucionales.*

## ABSTRACT

The study aimed to determine the factors associated with access to prenatal care at the La Esperanza Health Center in Tacna during 2024. It employed a quantitative approach and basic research type, using a non-experimental, correlational design. The study population consisted of 290 pregnant women, and the sample comprised 165 women selected through non-probabilistic convenience sampling. Data collection was carried out using a structured questionnaire, and statistical analysis was performed using the Chi-square test ($p < 0.05$).

The results showed that, regarding sociodemographic factors, the predominant group consisted of women in consensual unions with a secondary education (41.2%), self-employed workers (34.5%), and urban residents (89.7%). Regarding obstetric factors, 52.7% were nulliparous, 53.3% had no history of miscarriage, 49.1% had an adequate interpregnancy interval, and 62.4% presented a normal pre-pregnancy nutritional status. Concerning institutional factors, 57.0% rated the service time as efficient, 47.3% considered the professional treatment to be very good, and 76.4% positively evaluated the infrastructure.

It is concluded that access to prenatal care was significantly associated with certain sociodemographic and obstetric factors; however, no significant association was found with institutional factors.



Keywords: Prenatal care, sociodemographic factors, obstetric factors, institutional factors.

# INTRODUCCIÓN

La atención prenatal constituye uno de los pilares fundamentales de la salud materna e infantil, donde permite la identificación temprana de factores de riesgo, la prevención de complicaciones durante el embarazo y la promoción de conductas saludables en la gestante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se recomienda un mínimo de ocho consultas prenatales a lo largo de la gestación, iniciando antes de las 12 semanas de embarazo, con el objetivo de garantizar un adecuado control y seguimiento materno fetal. Sin embargo, en distintos contextos de América Latina y el Perú, aún se evidencian brechas en la cobertura, la oportunidad y la continuidad de este servicio esencial.

En Perú, a pesar de los avances en las políticas de salud materna, persisten desafíos importantes en relación con el acceso a los servicios de control prenatal. Según reportes de Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (1), un número considerable de gestantes inicia sus controles después del primer trimestre, o acude a un número insuficiente de consultas, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y repercute en los indicadores de morbimortalidad materna y neonatal. Factores como el nivel socioeconómico, el grado de instrucción, la paridad, la planificación del embarazo y las condiciones institucionales de los centros de salud influyen directamente en la decisión y posibilidad de las mujeres para acceder a este servicio.

El Centro de Salud La Esperanza, ubicado en la ciudad de Tacna, constituye un establecimiento de primer nivel de atención que recibe a un importante número de gestantes, muchas de ellas provenientes de zonas urbanas marginales y rurales cercanas. En este contexto, resulta necesario analizar qué factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales están asociados al acceso en la atención prenatal, con el fin de identificar barreras

y oportunidades que permitan fortalecer la calidad del servicio y la equidad en la atención.

La presente investigación tiene como propósito determinar los factores asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza, Tacna, 2024, de modo que sus resultados puedan servir como evidencia científica para la mejora de las estrategias locales de atención materna. Asimismo, se espera que el estudio contribuya a la reducción de brechas en el acceso oportuno a los controles prenatales, y con ello, a la disminución de riesgos para la salud de la madre y el recién nacido.

El presente estudio se cuenta con los siguientes capítulos: En el Capítulo I, se expone el planteamiento del estudio, el cual involucra la formulación del problema, la justificación e importancia, los objetivos generales y específicos, así como la definición de las variables de investigación. El Capítulo II, presenta los antecedentes a nivel internacional, nacional y local, además de la base teórica y conceptual que sustenta la investigación, detallando los principales enfoques y definiciones relacionados con el tema de estudio. En el Capítulo III, se describe el marco metodológico, se precisan el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, la operacionalización de variables, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procedimiento seguido y el análisis de la información. El Capítulo IV, contiene la exposición de los resultados obtenidos y su interpretación en función de los objetivos e hipótesis planteadas. Finalmente, el Capítulo V comprende la discusión de los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones derivadas del estudio. Asimismo, se incorpora la bibliografía consultada y los anexos correspondientes, que contribuyen a la sustentación del trabajo de investigación.

# CAPÍTULO I

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. Descripción del problema

A pesar de las múltiples campañas de sensibilización y los programas del MINSA (1) para promover el acceso oportuno a los controles prenatales de las gestantes en el Centro de Salud La Esperanza, los profesionales de la salud programan campañas de sensibilización para que la atención sea eficiente y muchas veces no acceden. Esta situación pone en riesgo tanto la salud materna como la del feto, reflejando una problemática de tipo social, económico y estructural. Es importante porque busca identificar y analizar los factores que dificultan o facilitan el acceso a los controles prenatales, lo cual es clave para mejorar la atención materna y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal. Sus resultados pueden contribuir a tomar decisiones informadas en la formulación de políticas locales de salud y mejorar la calidad del servicio en el Centro de Salud La Esperanza.

Dioses et al. (2) mencionan que, la atención prenatal comprende los cuidados médicos que recibe una mujer durante su embarazo, con el objetivo de proteger y mejorar su salud y garantizar que el bebé nazca en condiciones óptimas. Esta atención representa uno de los componentes esenciales de la salud materna. Sin embargo, tanto la calidad del servicio como la frecuencia con la que las gestantes acceden a él varían según el país. Las naciones desarrolladas presentan los niveles más altos de cobertura, mientras que en los países en desarrollo se observan los más bajos, lo cual se refleja en el incremento de las tasas de mortalidad materna y neonatal en estos últimos.

Según el informe de la OMS (3), aproximadamente 300,000 mujeres murieron a causa de complicaciones vinculadas al embarazo. Asimismo, se reportaron cerca de 2.7 millones de muertes de recién nacidos durante sus primeros 28 días de vida, y unos 2.6 millones fallecieron al momento del nacimiento. La gran mayoría de estas muertes más del 99% ocurrieron en países en desarrollo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) afirma que ofrecer servicios médicos de calidad durante el embarazo y el parto puede ayudar significativamente a prevenir diversas enfermedades (2).

El acceso temprano al control prenatal es actualmente visto como la intervención de salud pública con mayor relación costo-efectividad para reducir la morbimortalidad materna y perinatal (3).

En un estudio sobre las coberturas de control prenatal en seis países de Mesoamérica, se identificó que Guatemala y Panamá presentaron las menores proporciones, con un 18% y un 38%, respectivamente (4).

En Bolivia, la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) junto con el Ministerio de Salud, indica que el 95,6% de las mujeres recibieron atención prenatal por parte de personal de salud calificado, mientras que el 4,4% no accedió a dicha atención, evidenciando una alta cobertura en servicios prenatales (5).

En cuanto a las barreras que enfrentan las gestantes para asistir al control prenatal, destacan la falta de dinero, la dificultad para obtener transporte y la distancia al centro de atención (mencionada por el 20%). Un 10% considera que el control no es importante, un 6% prefiere recibir atención en otro lugar, un 4% señaló una mala atención del personal, y el 20% restante no indicó ninguna razón para faltar. En cuanto a las

dificultades para obtener la cita, se evidenciaron filas de espera (44%), documentos necesarios para solicitar la cita (42%), errores en la asignación de citas (6%), ausencia de profesionales (6%) y falta de motivos aparentes (2%). Además, el tiempo estimado entre la solicitud de la cita y el control prenatal varió: en el 40% de los casos fue de 1 a 3 días, en el 30% entre 4 y 10 días, en el 16% de 11 a 30 días, en el 10% el control fue inmediato, y un 4% esperó más de un mes (6).

Se observó que el 22,9% de las mujeres gestantes no acudían a los controles prenatales debido a condiciones de pobreza, vulnerabilidad o falta de seguro de salud. Estas poblaciones provenían de áreas rurales y el inicio tardío de los controles prenatales estaba relacionado con factores sociodemográficos como el embarazo en la adolescencia, un bajo nivel educativo, y factores gineco obstétricos, como tener entre cuatro y seis embarazos previos (7).

En Perú, el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2025 indica un avance significativo en el acceso y la implementación del control prenatal. el 98,2% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, tuvo algún control prenatal con profesionales de salud debidamente calificado como: médico, obstetra y enfermera. Al contrastar con el año anterior, no se observa diferencia significativa. Según la persona que proporcionó la atención prenatal, el 87,5% recibió atención por parte de la obstetra, el 30,1% por parte de médico y por enfermera el 7,1% (8).

Huaral, el estudio se llevó a cabo con 110 puérperas, de las cuales el grupo etario de 18 a 29 años concentró la mayor cantidad de participantes (56,4%). En cuanto al nivel educativo, el 64,5% completó la secundaria y el 21% tenía estudios técnicos superiores. La mayoría

de las participantes convivía con su pareja (74,5%), mientras que el 19,1% eran casadas y el 6,4% solteras. El 50,9% vivía en zonas rurales y el 98,2% hablaba español. El 4,5% (n=5) no tenía seguro de salud, y de las que contaban con seguro, el 34,5% (n=38) no lo tenía antes del embarazo. Entre los factores personales, el 64,5% tuvo un embarazo no planificado, el 86,4% decidió usar un método anticonceptivo antes del embarazo, el 85,5% recibió apoyo de su pareja, el 28,2% solía olvidar sus citas, el 5,5% encontró dificultades para cuidar a sus hijos, el 51,8% tenía un periodo intergenésico igual o menor a 24 meses, y el 76,4% tenía dos hijos o menos (9).

Arequipa, el 76.8% de las pacientes asisten al Centro de Salud Edificadores Misti son jóvenes de entre 20 y 25 años; el 62.2% tiene nivel educativo secundario y cabe destacar que ninguna presenta falta de instrucción (0%). Además, el 68.3% se encuentra en situación de convivencia, el 37.8% son amas de casa, el 85.4% proviene de Arequipa, el 96.3% reside en viviendas de material noble, y el 78.0% tiene un ingreso mensual inferior a 1000 soles muestra que el 37.8% de las gestantes que asisten al Centro de Salud Edificadores Misti y comenzaron sus controles prenatales en el segundo trimestre tienen estado civil de convivencia (10).

En una investigación realizada en la ciudad de Tacna, uno de los factores claves para la asistencia regular a los controles prenatales es el apoyo de la pareja, donde el 52.5% de las gestantes recibió apoyo ocasionalmente, un 28.8% gestantes recibió apoyo casi siempre, mientras que el 15.8% no contó con apoyo. En cuanto a la edad de las gestantes, el 36.0% se encuentra entre los 26 y 32 años, seguidas por el 24.5% entre los 18 y 25 años, el 20.9% entre los 33 y 40 años, y un bajo porcentaje del 18.7% es mayor de 40 años. En cuanto al estado civil, la mayor proporción, el 48.2%, son convivientes, el 26.6% casadas

y el 20.1% solteras. Respecto al olvido de citas, el 65.5% de las gestantes reportó que ocurre ocasionalmente, el 30.9% casi siempre, y el 3.6% indicó que nunca olvidan sus citas (11).

Es conocido que durante el embarazo ocurren múltiples cambios, tanto como aspectos físicos como psicológicos, y estos cambios generan que las pacientes, al ser un grupo especialmente vulnerable, se tornen más sensibles y receptivas a su entorno.

La atención prenatal representa la oportunidad crucial para que los profesionales de salud ofrezcan cuidados, apoyo y proporcionen información a las mujeres embarazadas. Esto abarca la promoción el cuidado y un estilo de vida adecuada y saludable, que incluye una adecuada nutrición, detección y prevención de diferentes enfermedades, la orientación en planificación familiar y el respaldo a aquellas mujeres que pudieran estar experimentando violencia de pareja.

## 1.2. Formulación del problema

### Problema general

¿Cuáles son los factores que están asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024?

### Problema especifico

a. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024?

b. ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024?

c. ¿Cuáles son los factores institucionales asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024?

## 1.3. Justificación de la investigación

El estudio contribuye al entendimiento de los factores que limitan el acceso a la atención prenatal en el Perú, un aspecto clave en la salud materno-infantil. Aporta información valiosa para las políticas públicas de salud del país, alineadas con los objetivos del MINSA y de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Además, respalda la toma de decisiones orientadas a reducir la mortalidad materna y neonatal en el marco de los compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En la región Tacna, esta investigación permite identificar brechas específicas en el acceso prenatal, relacionadas con aspectos culturales, geográficos o del sistema de salud regional. Así, se convierte en un insumo para que las autoridades regionales fortalezcan sus estrategias de intervención en zonas vulnerables, promoviendo la equidad en la atención prenatal y mejorando la cobertura y calidad del servicio en toda la región.

En el Centro de Salud La Esperanza, este estudio adquiere especial relevancia porque permite analizar la realidad concreta de las gestantes que acuden a esta institución. Los resultados facilitarán el diseño de estrategias personalizadas para mejorar el acceso, captar a más gestantes adolescentes o en situación de riesgo, y optimizar la atención en términos de oportunidad, calidad y calidez. También servirá como base para futuras investigaciones y decisiones administrativas del establecimiento.

La base teórica de esta investigación se sustenta en la ausencia de estudios previos relacionados con los factores que influyen en el acceso a la atención prenatal de adolescentes embarazadas en el Centro de Salud la Esperanza – Tacna, ubicado en el Distrito Alto de la Alianza. Por lo tanto, los resultados obtenidos permitirán generar reflexión y aportara nuevos conocimientos y actitudes sobre los factores asociados con el acceso al control prenatal.

Desde el punto de vista social, se contempló los resultados obtenidos en estudios realizados a nivel nacional, regional y local, se busca garantizar que las gestantes puedan acceder de manera adecuada a la atención prenatal. Sin embargo, en muchos casos, este acceso limitado dificulta establecer un vínculo con las adolescentes embarazadas, impidiendo proporcionarles la orientación necesaria y, como consecuencia, limitando las oportunidades de prevenir y detectar a tiempo posibles enfermedades o complicaciones durante el embarazo.

La justificación práctica busca optimizar la atención prenatal, a partir de sus resultados, considerando sus diferentes dimensiones: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y contacto con el servicio. El propósito en la toma de decisiones con respecto a la prevención y promoción y reducir las barreras que dificultan el acceso a la atención prenatal, implementando estrategias de captación, seguimiento constante de las gestantes y una capacitación continua para los profesionales de salud.

La justificación metodológica, se fundamenta en que esta investigación aportará a la validación de los instrumentos empleados, los cuales podrán ser utilizados en estudios posteriores, sirviendo además como referencia y antecedente para futuras investigaciones.

## 1.4. Limitaciones de la investigación

En el presente estudio, se presentaron algunas restricciones por parte del investigador una de las cuales es el tiempo de las gestantes y el acceso hacia sus viviendas sobre todo en coordinar un momento para poder hacer el respectivo cuestionario, otro fue el tema económico ya que este estudio fue solventado por el investigador

## 1.5. Objetivos

### 1.5.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.

### 1.5.2. Objetivos específicos

a. Identificar los factores sociodemográficos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.

b. Determinar los factores obstétricos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.

c. Determinar los factores institucionales asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.

## 1.6. Hipótesis

### 1.6.1. Hipótesis General

Los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.

### 1.6.2. Hipótesis especificas

a. Los factores sociodemográficos se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.

b. Los factores obstétricos se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.

c. Los factores institucionales se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.

# CAPÍTULO II
# MARCO TEÓRICO

## 2.1. Antecedentes de estudio

### 2.1.1. A nivel Internacional

Vivanco G. (2023), en su artículo “Factores que influyen en el Control Prenatal”, en la metodología empleada se llevó a cabo un estudio observacional con un diseño descriptivo y transversal. La recopilación de información, tanto cuantitativa como cualitativa, se llevó a cabo con mujeres pertenecientes a los barrios Atahualpa y San Vicente, ubicados en la ciudad de Santa Rosa, provincia de El Oro, Ecuador, durante el periodo comprendido entre el 23 de febrero y el 2 de marzo de 2023. El análisis estadístico que se obtuvo mediante el software SPSS, versión 26. La población activa estuvo conformada por mujeres con edades entre 14 y 42 años; de ellas, únicamente el 39.1% tenía conocimiento sobre los factores de riesgo vinculados a la ausencia de control prenatal. Asimismo, el 30.8% presentó complicaciones durante la gestación, entre las cuales fueron sobresaliente en la infección de vías urinarias (23.3%), el 18% en aborto, el 17,3% en anemia y la hipertensión gestacional (12%). La investigación concluye que existe un alto porcentaje de desconocimiento sobre la importancia del control prenatal, así como una falta de asistencia a los mismos, atribuida a una atención deficiente en las unidades de salud. Las complicaciones más frecuentes identificadas incluyen infecciones de vías urinarias, aborto, anemia, hipertensión gestacional e infecciones vaginales (12).

Guillen C. at al. (2024), en su investigación “Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que discontinuaron las visitas”, en la metodología de estudio se realizó un estudio analítico de corte transversal en 252 gestantes atendidas en un hospital público del Perú, excluyéndose aquellas que no registraron ningún control prenatal. La información fue recopilada mediante encuestas. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas de Chi-cuadrado y exacta de Fisher, incorporándose al modelo multivariado las variables con valores de $p < 0,20$. Posteriormente, se utilizó la regresión de Poisson con varianza robusta, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: Se encontró que el 78,9% de las participantes inició tardíamente la atención prenatal. Asimismo, se identificó que la edad materna superior a 35 años, desempeñar un trabajo con horarios poco flexibles, no contar con apoyo de la pareja y mantener relaciones familiares desfavorables se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de iniciar tardíamente los controles prenatales. Conclusión: Los factores personales, familiares y laborales influyen de manera importante en el acceso oportuno a la atención prenatal, incrementando el riesgo de retraso en el inicio de los controles durante la gestación (13) .

López Q. (2021), en su investigación “Brechas en la investigación relacionadas con el acceso al control prenatal en Colombia”, en la metodología empleada, se realizó una revisión exhaustiva en el estado del arte y una descripción en forcada a la relación entre el número de artículos por departamento y tres indicadores asociados al programa de CPN. La búsqueda incluyó artículos en inglés y español en bases de datos como Ebsco, ProQuest, Medline, Science Direct, Scielo y PubMed, además de documentos oficiales nacionales. Los indicadores del control prenatal (CPN) fueron obtenidos del sistema nacional de

información en salud, tomando en cuenta variables como departamento, tipo de estudio, definición de acceso y factores asociados. En los resultados se analizaron 25 artículos y 7 documentos oficiales nacionales, predominando los estudios de enfoque cuantitativo. Se identificó que el 28% de las investigaciones no incluía una definición operativa de acceso, y que este se evaluaba principalmente en función del uso de los servicios, entendido como la asistencia a una, cuatro o más consultas prenatales. Los factores sociodemográficos fueron los más estudiados, pero no se encontraron investigaciones sobre acceso a CPN en 20 de los 33 departamentos del país. Finalmente, se concluye que no se identificó consenso en la definición de acceso ni uniformidad en las variables estudiadas. Además, se observó una falta de investigaciones en los departamentos con los peores indicadores de CPN, indicando la necesidad de intervenciones para reducir estas disparidades en la investigación a nivel nacional (14).

Fernanda y Rodrigo (2024), en su artículo “Factores asociados a la adherencia al control prenatal en gestantes atendidas en hospitales públicos de Santiago de Chile, 2023”, la metodología empleada se desarrolló una investigación de corte transversal en la que participaron 210 gestantes con al menos un control prenatal registrado en la institución. La adherencia se definió como el cumplimiento de al menos el 80% de los controles recomendados por la normativa nacional, obteniéndose la información mediante entrevistas estructuradas y revisión de historias clínicas. Los resultados mostraron que el 71,4% de las gestantes presentó una adherencia adecuada al control prenatal. Asimismo, se identificó que contar con educación superior y ser primípara favorecía una mayor adherencia, mientras que residir en zonas periféricas e iniciar los controles prenatales después de las 14

semanas de gestación se relacionaba con una menor probabilidad de cumplimiento. Los autores concluyeron que tanto las características individuales como las condiciones de acceso a los servicios de salud influyen en la adherencia al control prenatal, recomendando fortalecer estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad y promover el inicio oportuno de la atención prenatal (15).

Becerra D. (2023), en su investigación “Factores asociados a la no captación temprana al control prenatal en mujeres gestantes atendidas en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá para el Primer Trimestre del Año 2023” El estudio se desarrolló bajo un enfoque descriptivo de tipo cualitativo, considerando una muestra de 31 gestantes que iniciaron tardíamente su primer control prenatal. La información fue recopilada mediante una lista de chequeo semiestructurada aplicada a través de la revisión de historias clínicas y de la base de datos institucional de la ruta materna durante abril de 2023. Tras el análisis de los datos obtenidos, se determinó que el principal factor asociado al retraso en el inicio de la atención prenatal fue el desconocimiento del estado gestacional, seguido por dificultades relacionadas con el aseguramiento en salud. Los autores concluyeron que es necesario fortalecer las estrategias de captación temprana mediante acciones coordinadas entre los establecimientos de salud, los programas de atención primaria y otros actores involucrados en la atención materna. Asimismo, recomendaron promover actividades de educación sobre los signos tempranos del embarazo y mejorar los mecanismos de identificación oportuna de las gestantes, con el fin de favorecer el acceso temprano al control prenatal y contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (16).

### 2.1.2. A nivel nacional

Timoteo B. (2022), en su tesis “Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020”, la metodología del estudio se basó en un enfoque observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Los datos provinieron de la ENDES, 2020, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La muestra incluyó 4,464 mujeres gestantes, y el análisis de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS versión 26. Para el análisis inferencial, se aplicó la prueba F corregida para muestras complejas, estableciendo un nivel de significancia de 0.05. Los resultados mostraron una prevalencia de abandono del control prenatal del 11.3% (n = 470). En el análisis multivariado, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables: edad materna entre 15 y 19 años (Rpta. 4.47; IC95%: 2.35–8.49), nivel educativo de primaria o menor (Rpta. 1.7; IC95%: 1.11–2.59), multiparidad (Rpta. 2.33; IC95%: 1.73–3.14) y estado civil soltera (Rpta. 1.85; IC95%: 1.26–2.70). Asimismo, se identificó que la atención brindada por el personal de salud constituye un factor protector frente al abandono del control prenatal. En conclusión, se determinaron como principales factores de riesgo para el abandono del control prenatal la juventud materna, el bajo nivel educativo, la multiparidad y la condición civil de soltera (17).

Malásquez R. (2023), en su tesis “Factores asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes, según encuesta demográfica y de Salud Familiar 2021”, en la metodología empleada es de tipo cuantitativo de casos y controles, observacional, transversal, retrospectivo y analítico. La muestra incluyó a 12,235 mujeres de 15 a 49 años que participaron en la ENDES 2021. Para establecer la

asociación entre variables, se utilizó un análisis de regresión logística. Los resultados obtenidos fueron de un total de participantes, solo el 12.2% recibió menos de 6 controles prenatales. El riesgo de abandono de la APN fue mayor en mujeres de 15 a 19 años (p=0.00; ORa:3.663) y de 20 a 29 años (p=0.00; ORa:1.487), así como en mujeres solteras (p=0.00; ORa:1.823), residentes en áreas urbanas (p=0.00; ORa:1.433), de nivel socioeconómico bajo (p=0.000; ORa:1.414) o medio (p=0.006; ORa:1.283), sin empleo (p=0.011; ORa:1.160), o que no fueron atendidas por una obstetra (p=0.00; ORa:1.616) o un médico (p=0.048; ORa:1.165). En contraste, el riesgo de abandono disminuye con educación primaria (p=0.032; Ora:0.798) o secundaria (p=0.010; ORa:0.829), estado civil casado (p=0.005; ORa:0.743), tener un hijo (p=0.00; ORa:0.384) o de 2 a 3 hijos (p=0.00; ORa:0.608), y contar con seguro de salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (p=0.037; ORa:0.737) o seguro privado (p=0.010; ORa:0.637). Finalmente, el autor concluye, se identificaron factores de riesgo asociados al abandono de la APN, como pertenecer a los grupos de edad de 15 a 19 y de 20 a 29 años, ser soltera, vivir en zonas urbanas, tener un nivel socioeconómico bajo o medio, carecer de empleo, y no recibir atención de una obstetra o médico. Los factores protectores fueron tener educación primaria o secundaria, estar casada, tener uno o entre dos y tres hijos, y contar con seguro de salud del MINSA o privado (18).

Pinedo V. (2025), en su tesis “Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024**”,** el método empleado en la investigación se adoptó un diseño no experimental, transversal y correlacional, con una muestra de 87 gestantes. Resultados: Se identificó que el 32,2% de las participantes tenía entre 20 y 24 años, el 28,7% contaba con educación secundaria completa, el 75,9% declaró ser conviviente, y el 69%

provenía de zonas rurales. Asimismo, el 79,3% eran amas de casa, y el 89,7% tenía un ingreso económico menor a un salario mínimo vital (S/ 1025). En relación con la accesibilidad, el 62,1% indicó que llegaba al centro de salud en menos de 30 minutos, y el 54% acudía caminando. Respecto a los factores obstétricos, el 59,8% fueron multigestas, el 36,8% tuvo un periodo intergenésico mayor de cinco años, el 92% manifestó tener un embarazo deseado, aunque el 96,6% no lo planificó. En la investigación se concluye que el análisis estadístico evidenció que no existe una relación significativa entre los factores sociodemográficos, obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa (19).

Hilario C. (2021), en su tesis “Factores que influyen en la adherencia al control prenatal en las gestantes que acuden al Centro de Salud Edificadores Misti, julio a setiembre del 2021”, en la metodología propone el estudio de tipo cuantitativo, documental, descriptivo relacional y retrospectivo de corte transversal, revisando 82 historias clínicas de puérperas atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti en Arequipa durante los meses de julio a septiembre del año en curso. Como instrumento, se empleó una ficha de observación documental. Para el análisis estadístico, se aplicó la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%, evidenciándose que el 76.8% de las gestantes tenía entre 20 y 25 años, el 62.2% contaba con educación secundaria, el 68.3% convivía con su pareja, el 37.8% se dedicaba al hogar, el 85.4% procedía de Arequipa, el 96.3% residía en viviendas de material noble, y el 78.0% percibía un ingreso mensual menor a 1000 soles. En cuanto a los factores obstétricos, el 37.8% eran primigestas, el 54.9% primíparas, el 72.0% no había planificado su embarazo, y el 54.9% refirió haber tenido

infección por SARS-CoV-2 durante la gestación. Respecto a la adherencia al control prenatal, el 52.4% inició sus controles en el segundo trimestre, el 42.7% en el primero, y el 4.9% en el tercero. En cuanto a la cantidad de controles, el 50.0% cumplió con 8 o más controles, el 37.8% asistió entre 5 y 7 controles, y el 12.2% acudió a 4 o menos controles. Finalmente, el estudio concluye que los factores sociodemográficos, especialmente la edad y el lugar de procedencia, tienen una influencia significativa en la adherencia al control prenatal de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, mientras que los factores maternos no mostraron relación estadística significativa (20).

### 2.1.3. A nivel local

Apaza M. (2023), en su tesis “Calidad de la atención prenatal en gestantes durante la pandemia Covid-19 en el Centro de Salud la Esperanza, TACNA – 2021”, en la metodología usada en su investigación básica de tipo cuantitativo, con un nivel descriptivo y un diseño no experimental, prospectivo y de corte transversal. La muestra consistió en 100 gestantes. Se utilizó la encuesta como técnica, y un cuestionario como instrumento. Los datos fueron analizados con Excel 2010 y la base de datos SPSS 24 para evaluar la calidad de la atención recibida. Los resultados del estudio mostraron que el 76% de las gestantes tenían edades entre 18 y 30 años, el 80% había culminado la educación secundaria, el 71% eran convivientes y el 74% se desempeñaban como amas de casa. Al mismo tiempo, el 41% eran nulíparas y el 54% se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. En relación con la calidad de la atención prenatal, la dimensión de respuesta rápida fue evaluada como buena (94%), seguridad como buena (70%), confianza como buena (66%) y tangibilidad como buena (76%); mientras que la dimensión de empatía obtuvo una calificación

regular (78%). En conjunto, la calidad global de la atención prenatal fue considerada buena por el 66% de las participantes. En conclusión, se determinó la efectividad de atención prenatal brindada a las gestantes en la pandemia de COVID-19 en el Centro de Salud La Esperanza fue, en general, satisfactoria, destacando las dimensiones de respuesta rápida, seguridad, confianza y tangibilidad, aunque se evidenció una menor valoración en el aspecto de empatía (21).

Cutipa M. (2021), en su tesis “Factores relacionados con el acceso a la atención pre natal en el Centro de Salud Metropolitano de la red salud Tacna – 2019”, en cuanto a la metodología, se tuvo de tipo no experimental, con un diseño correlacional, prospectivo y de corte transversal, permitiendo analizar la relación existente entre diversas variables sociodemográficas, personales y de acceso con la atención prenatal, sin manipular intencionalmente los factores en estudio. Se utilizó como técnica, la entrevista y como instrumento un cuestionario. El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante IBM Sattistics SPSS versión 25. En los resultados obtenidos en la investigación se encontró que el único factor que se asocia con el acceso a la atención pre natal fue el factor personal, mientras que los factores sociodemográficos, geográficos e institucionales no presentaron asociación. Finalmente se concluye que los factores asociados relacionados con el acceso a la atención pre natal se encontró, con mayor frecuencia: Embarazo no planificado, a veces falta de tiempo, no cuentan con apoyo de la pareja, olvido de citas, a veces dificultad en el cuidado de los hijos, y con ingresos mayores a 1000 soles (22).

## 2.2. Bases teóricos

### 2.2.1. Atención prenatal

La OMS afirma que la atención materna debe ser una prioridad esencial incorporada en las políticas públicas, ya que representa una estrategia clave para optimizar los resultados del embarazo y reducir la mortalidad materna y perinatal (3).

Schwarcz et al. (23) se define además como "el conjunto de actividades que involucran múltiples encuentros entre la gestante y los profesionales de la salud, con el objetivo de vigilar el progreso del embarazo, detectar de manera temprana posibles enfermedades, prevenir complicaciones y ofrecer orientación para el parto". El control prenatal ha evolucionado notablemente en los últimos cuarenta años, consolidándose como una estrategia eficaz y de bajo costo para la protección de la salud materna y neonatal, ayudando a evitar muertes y lesiones.

De acuerdo con la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la atención prenatal consiste en la supervisión y evaluación integral de la madre gestante y del feto, realizada por profesionales de la salud, con el objetivo de asegurar el nacimiento de un bebé sano y preservar la salud materna, reconociendo que todo embarazo implica un riesgo inherente (1).

En Perú, el MINSA, a través de su Norma Técnica de Salud (NTS) N° 105-MINSA/DGSP.V.01, define la atención prenatal reenfocada como una evaluación integral de la gestante y del feto, idealmente realizada antes de las catorce semanas de embarazo. Su propósito principal es proporcionar un conjunto esencial de intervenciones orientadas a la detección temprana de signos de alarma y factores de

riesgo, así como a la educación en el autocuidado y la promoción de la participación familiar en el proceso gestacional. Además, busca atender de manera oportuna y adecuada las posibles complicaciones, incorporando una perspectiva de género e interculturalidad, y garantizando que todas las acciones se desarrollen dentro del marco del respeto a los derechos humanos (1).

Según Rigol y Santisteban (24), la atención se define como un conjunto de consultas, intervenciones de salud y cuidados preventivos brindados a cada gestante, con el objetivo de que la gestación concluya de forma satisfactoria y sin complicaciones, resultando en un recién nacido vivo y saludable.

La atención prenatal se entiende como una serie de acciones que incluyen múltiples visitas de la gestante al centro o institución de salud asignada. Estas visitas, junto con las consultas médicas, tienen el objetivo de monitorear el embarazo y detectar a tiempo cualquier posible complicación que pueda surgir (25).

La OMS señala que la atención prenatal permite detectar, diagnosticar, promover y prevenir enfermedades durante el embarazo. Su importancia radica en que la aplicación de prácticas preventivas basadas en evidencia puede salvar tanto la vida de la madre como la del hijo. Además, la atención prenatal debe asegurar un monitoreo adecuado de los aspectos fisiológicos, biomédicos, conductuales y socioculturales de la madre. También, el personal de salud debe ofrecer un apoyo integral que incluya los aspectos social, cultural, emocional y psicológico de las gestantes, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida y brindando una experiencia positiva en el cuidado prenatal (26).

**Atención prenatal oportuna:** La atención prenatal constituye una etapa fundamental dentro del cuidado materno, ya que brinda a los profesionales de la salud la oportunidad de ofrecer asistencia integral, orientación y educación a las mujeres gestantes. Este proceso incluye la promoción de estilos de vida saludables, como una alimentación balanceada, la detección temprana y prevención de enfermedades, el asesoramiento en planificación familiar, así como el acompañamiento y apoyo a aquellas mujeres que puedan estar expuestas a situaciones de violencia de pareja.

**Importancia al control prenatal:** En el primer contacto con la gestante, es fundamental enfatizar la importancia y los beneficios de asistir a todos los controles prenatales. Esto es crucial, ya que son ellas quienes deben acudir a cada consulta, a pesar de las limitaciones e inconvenientes que puedan afectar su asistencia (27).

Durante el año 2024, el Centro de Salud La Esperanza, ubicado en la ciudad de Tacna, brindó servicios de atención prenatal a las gestantes que acudieron por primera vez al control. Este servicio forma parte del programa de salud materno-perinatal y tiene como propósito garantizar un embarazo saludable, mediante el monitoreo periódico del estado de salud de la madre y del feto (28).

La atención prenatal incluyó una serie de acciones integrales, tales como:

- ✓ Evaluación médica inicial y seguimiento clínico.
- ✓ Control del crecimiento fetal y estado nutricional materno.
- ✓ Aplicación de vacunas y administración de suplementos nutricionales (hierro y ácido fólico).
- ✓ Detección temprana de factores de riesgo obstétrico.
- ✓ Consejería en salud sexual y reproductiva.

- ✓ Orientación en planificación familiar y preparación para el parto.
- ✓ Identificación y prevención de enfermedades de transmisión vertical.

El servicio se brindó por profesionales capacitados, en turnos programados y con registro en la historia clínica perinatal. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del personal, se observaron factores que influyeron en el acceso y frecuencia del control prenatal, tales como barreras administrativas, disponibilidad de horarios, nivel educativo de las gestantes, y la percepción de calidad del servicio.

Esta etapa de evaluación permitió recolectar datos relevantes sobre la cobertura, calidad, oportunidad y aceptación del servicio, lo cual contribuye al análisis de los factores relacionados con el acceso a la atención prenatal en dicho establecimiento.

**Características de una buena atención prenatal**

**Control temprano:** El primer control debe realizarse durante el primer trimestre del embarazo, lo cual permite anticipar posibles complicaciones. En esta etapa es esencial identificar a las gestantes con alto y muy alto riesgo obstétrico (29).

**Control periódico:** La cantidad de visitas prenatales varía según el tipo de gestante y la etapa del embarazo. Las mujeres con bajo riesgo deberían tener al menos 6 controles prenatales distribuidos en 1 durante el primer trimestre, 2 en el segundo trimestre y 3 en el tercer trimestre. Para las gestantes de alto riesgo o aquellas con posibles complicaciones, es necesario realizar controles con mayor frecuencia según su situación clínica. A diferencia de esto, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomienda realizar controles

cada 4 semanas hasta las 28 semanas, cada 3 semanas entre las 28 y 36 semanas, y semanalmente entre las 36 y 41 semanas (30).

**Cobertura amplia o extendida:** Es fundamental fomentar el control prenatal para alcanzar al mayor número posible de gestantes, generando así un impacto significativo en el bienestar materno-neonatal.

**Primer control del embarazo**

A. Definir el estado actual de la madre y del producto de la concepción.

- ✓ **Historia clínica**

  La historia clínica constituye un documento médico legal fundamental que permite evaluar el estado de salud de la gestante y detectar posibles factores de riesgo. Mediante este registro se recopila información detallada y relevante sobre la paciente, incluyendo antecedentes médicos, enfermedades previas y aspectos emocionales, como el grado de aceptación del embarazo, los cuales pueden influir directamente en el curso y desarrollo normal de la gestación (31).

- ✓ **Exploración física**

  Esta evaluación tiene como objetivo detectar cualquier signo de patología sistémica, poniendo especial atención en el sistema cardiovascular, el cual soporta una carga significativa durante el embarazo. Se debe examinar el peso, la estatura y la presión arterial de la mujer embarazada (32).

- ✓ **El examen gineco obstétrico**

Durante la primera evaluación obstétrica del embarazo, se debe efectuar una exploración clínica exhaustiva que permita determinar el estado anatómico y funcional del aparato reproductor femenino. Esta valoración incluye la examinación de las mamas, la inspección minuciosa de los genitales internos y externos, así como la evaluación de la morfología pélvica ósea. De igual manera, se realiza un examen con espéculo con el propósito de observar las modificaciones anatómicas propias de la gestación y detectar posibles indicadores de amenaza de aborto, tales como sangrado vaginal, dilatación del cuello uterino, presencia de membranas o restos ovulares en el canal vaginal. En ausencia de un Papanicolaou actualizado, se procede a su aplicación, y ante la presencia de secreción genital anómala, se efectúa un cultivo microbiológico para identificar el patógeno responsable. El procedimiento se complementa con un tacto vaginal bimanual, mediante el cual se valoran las características del útero y del cuello uterino, con el fin de reconocer signos clínicos de gestación, posibles alteraciones estructurales, desviaciones de posición o masas tumorales. Asimismo, se determina la longitud, dilatación y consistencia cervical, parámetros esenciales para estimar el estado fisiológico del embarazo y prevenir complicaciones obstétricas (33).

La medición de la altura uterina se realiza desde la semana 13 de gestación, colocando la cinta métrica desde la sínfisis púbica hasta el fondo uterino, etapa en la que el útero se eleva sobre el pubis y pueden detectarse los latidos cardíacos fetales (LCF) por ultrasonido. A partir de la semana 18, estos latidos pueden auscultarse con el estetoscopio de Pinard, permitiendo evaluar el crecimiento y bienestar fetal (34).

- ✓ **Exámenes complementarios y de laboratorio**

Los exámenes solicitados en la primera consulta prenatal tienen como objetivo complementar la impresión clínica obtenida a partir de la anamnesis y el examen físico, ayudando a establecer el estado general de salud de la gestante. Entre los análisis que deben realizarse se incluyen hemoglobina, hematocrito, tipificación sanguínea, VDRL, prueba de VIH, glucemia, tira reactiva de orina y urocultivo, entre otros (33).

- ✓ **Ecografía**

Una vez confirmado en la primera consulta que se trata de una gestación única y dentro del útero, es importante informar a la gestante sobre la necesidad de realizarse tres ecografías:

- ✓ **Ecografía en la semana 12:** para descartar malformaciones fetales y determinar la edad gestacional y el número de fetos.

- ✓ **Ecografía en la semana 20:** para identificar posibles malformaciones y, si no se realizó la ecografía de la semana 12, establecer la edad gestacional.

- ✓ **Ecografía en la semana 34:** para evaluar la función placentaria, así como el crecimiento y la presentación del feto.

- ✓ **Revisión dental**

La enfermedad periodontal, al ser un factor que puede desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica, se encuentra asociada con bajo peso al nacer, riesgo de aborto, muerte fetal intrauterina y preeclampsia (31).

- ✓ **Vacunación.**

Si el esquema de vacunación antitetánica no está completo, puede completarse sin dificultad durante el embarazo. Las vacunas con virus vivos atenuados como las de sarampión, paperas, poliomielitis y rubéola están contraindicadas, salvo la vacuna contra la fiebre amarilla en casos de viajes necesarios. En cambio, las vacunas con virus inactivos, como las de rabia, influenza y hepatitis B, pueden administrarse con precaución, y las vacunas bacterianas inactivadas (cólera, neumococo, peste y fiebre tifoidea) también son seguras cuando están indicadas (8).

**B. Determinación de edad gestacional.**

El término "edad gestacional" (EG) se refiere al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación. La determinación precisa de la edad gestacional es fundamental para el control prenatal (CPN), ya que es un dato clave para interpretar diversos exámenes y pruebas que evalúan el bienestar fetal. En alguno algunos de los casos de la fecha de la última menstruación (FUM) proporcionada mediante la gestante no puede ser confiable, este dato se complementa con una ecografía realizada entre las semanas 7 y 20 (31).

**C. Determinación del riesgo obstétrico.**

El término "riesgo" se refiere a la presencia de uno o varios factores que incrementan la probabilidad de obtener resultados negativos. El concepto de embarazo de alto riesgo sugiere que, ante ciertas condiciones, la posibilidad de morbilidad materna y perinatal se eleva. Identificar los factores de riesgo ayuda a mejorar y optimizar la atención obstétrica (31).

Clasificación:

**Riesgo 1 (Bajo riesgo)**

- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Desempleo y analfabetismo.
- Menos de tres controles prenatales realizados.
- Edad extrema en el primer embarazo, ya sea igual o menor a 19 años, o igual o mayor a 35 años.
- Adolescentes de menos de 15 años.
- Consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Multiparidad alta (más de tres embarazos).
- Incompatibilidad de Rh.
- Infecciones del tracto urinario y flujo vaginal recurrente.
- Intervalo intergenésico menor de 12 meses tras una cesárea previa.

**Riesgo 2 (Alto riesgo)**

- Los principales factores de riesgo obstétrico incluyen la presencia de:
- Anemia (Hb menor de 10 g/dl o HTO inferior al 25%).
- Embarazo múltiple, y enfermedades crónicas no transmisibles.
- Condiciones como polihidramnios u oligohidramnios.
- Epilepsia
- Historia obstétrica desfavorable, que puede incluir abortos espontáneos, partos prematuros o distócicos, y antecedentes de restricción del crecimiento intrauterino.
- Infecciones maternas como VIH, hepatitis B o C, toxoplasmosis y pielonefritis. Otros factores son la presentación fetal anormal después de la semana 36 de gestación, la desnutrición o la obesidad, y enfermedades respiratorias como el asma.

**Riesgo 3 (Riesgo Inminente)**

- Entre los principales factores de riesgo durante el embarazo se encuentran la amenaza de parto pretérmino, la presencia de cardiopatías, y la diabetes gestacional descompensada o en tratamiento. Asimismo, se consideran de riesgo la hemorragia vaginal, la rotura prematura de membranas con más de 12 horas de evolución, y el SIDA clínico. También se incluyen los trastornos hipertensivos del embarazo y las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, como valores superiores a 160 latidos por minuto o la ausencia de movimientos fetales detectables.

## Recomendaciones durante la atención prenatal

### A. Signos de alarma

Si durante el embarazo la mujer presenta alguna de estas señales, es fundamental que se comunique con su médico u obstetra y se dirija de inmediato al servicio de emergencias más cercano.

- ✓ Sangrado vaginal en el embarazo
- ✓ Dolor intenso en el vientre
- ✓ Salida de líquido por la vagina antes de tu fecha de parto
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Zumbido en los oídos
- ✓ Mareo y lucecitas
- ✓ Convulsiones
- ✓ Falta de movimientos del bebé
- ✓ Fiebre

**B Consejería nutricional**

La OMS indica que se requieren 300 kcal adicionales durante el embarazo, las cuales deben distribuirse de la siguiente manera: 60% de carbohidratos, 25% de grasas y 15% de proteínas. A las embarazadas con obesidad se les recomienda seguir una dieta equilibrada y realizar actividad física (35).

Entre los requerimientos nutricionales durante la gestación, se incluyen suplementos esenciales como:

- ✓ **Ácido fólico,** necesario para prevenir defectos del tubo neural en el feto.
- ✓ **Hierro,** para evitar la anemia materna y favorecer una adecuada oxigenación fetal.
- ✓ **Calcio,** que contribuye al desarrollo óseo del bebé y previene la desmineralización ósea de la madre.
- ✓ **Yodo,** fundamental para el desarrollo neurológico y la función tiroidea del feto.
- ✓ **Vitamina D,** que mejora la absorción de calcio y fortalece el sistema inmunológico.
- ✓ **Zinc y otras vitaminas del complejo B,** que apoyan el crecimiento fetal y el metabolismo materno.

Estos suplementos deben administrarse bajo supervisión médica, ajustándose a las necesidades individuales de cada gestante y a su estado nutricional.

**C. Educación durante el embarazo**

- ✓ **Higiene personal:** Se debe instruir a la mujer para que adopte hábitos higiénicos durante el embarazo, tales como el

lavado de manos, el cuidado de la vestimenta y la higiene personal (32).

- ✓ **Ejercicio físico:** Según Márquez (18), en su estudio concluye que las mujeres embarazadas deben realizar actividad física al menos 3-4 veces por semana, con sesiones de un mínimo de 25 minutos, para obtener un efecto protector contra el aumento excesivo de peso y la diabetes gestacional.

- ✓ **Es importante abstenerse** del consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo, como el alcohol, el tabaco, la cafeína y otras drogas.

- ✓ **Psicoprofilaxis obstétrica:** Se refiere a la preparación integral, que incluye aspectos teóricos, físicos y psicoafectivos, que se ofrece durante la gestación, el parto y/o el postparto, con el objetivo de crear condiciones obstétricas favorables y saludables para la madre y el hijo, además de fomentar la participación activa del padre (32).

- ✓ **Lactancia materna:** Esta es la mejor manera de proporcionar a los niños pequeños los nutrientes esenciales para un crecimiento y desarrollo saludables. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

### 2.2.2. Factores asociados al acceso en la atención prenatal

#### Factores sociodemográficos

Se refiere al conjunto de características o atributos propios de los individuos, como la edad, sexo, grado de instrucción, ingresos, estado civil, ocupación, religión, tasa de natalidad y mortalidad, así como el tamaño del núcleo familiar. Esta información se obtiene mediante la recolección de datos específicos de cada miembro que conforma la población, con el propósito de describir su composición y comprender su estructura sociodemográfica (36).

Los factores sociodemográficos influyen negativamente en el inicio del control prenatal de las usuarias, entre los cuales se incluyen la edad, el nivel educativo y el estado civil. En algunos casos, cuando las personas presentan dos o más de estas variables, los efectos se potencian, incrementando las condiciones para asistir al cuidado prenatal (37).

**a. Edad**

Es el período que abarca desde el nacimiento hasta un momento determinado, dividiendo la vida humana en etapas evolutivas que comparten características similares, como la infancia, juventud, adultez y vejez (38).

**b. Grado de instrucción**

El grado de instrucción del individuo hace referencia al grado más alto de estudios que ha cursado o que aún se encuentra realizando, independientemente de si los ha concluido o no. Este nivel educativo influye directamente en el acceso a los servicios

maternos, ya que, a mayor educación, mayor es la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada.

**c. Estado civil**

El estado civil hace referencia a la condición personal que una persona posee en un momento específico de su vida. Esta situación puede estar influenciada por factores como la edad, la filiación o si la persona es soltera o casada. Aunque generalmente es una condición estable, puede modificarse con el tiempo. Además, el estado civil influye en la capacidad legal de actuar.

**d. Ocupación**

La ocupación se entiende como la actividad laboral que una persona desempeña, sea a tiempo parcial o completo, afectando su disponibilidad para otras responsabilidades. En el contexto peruano actual, la incorporación de la mujer al trabajo extra hogar ha incrementado su carga laboral, impactando en su salud, especialmente en actividades informales o agrícolas que, en muchos casos, no son formalmente reconocidas ni registradas.

**e. Lugar de procedencia**

Consiste en organizar a las entidades individuales de población en grupos que sean homogéneos, tomando en cuenta diversas características relacionadas con su estilo de vida.

**Factores obstétricos**

Los antecedentes obstétricos, como gestaciones previas, número de hijos vivos, periodo intergenésico y planificación del embarazo, influyen en la decisión de iniciar las atenciones prenatales. La experiencia previa, ya sea positiva o negativa, afecta esta elección (39).

Los antecedentes obstétricos, como las gestaciones anteriores, el número de hijos vivos, el intervalo entre embarazos y si el embarazo fue planificado, influyen en la decisión de las gestantes de iniciar su control prenatal, dependiendo de si su experiencia previa fue positiva o negativa (21).

Frecuentemente, las gestantes multíparas, basándose en su experiencia previa, consideran innecesario asistir a controles prenatales. De igual manera, cuando el embarazo no ha sido deseado, tienden a rechazar su estado de gestación hasta que se hacen evidentes signos como el aumento del tamaño uterino, los movimientos del feto o ciertas molestias de salud en la madre. Entre los factores relacionados se incluyen la paridad, el número de abortos, el intervalo entre embarazos y la planificación del embarazo (40).

1. **Paridad**

   La paridad hace referencia al número de veces que una mujer ha dado a luz a un feto con un peso superior a 500 gramos o con más de 20 semanas de gestación. Esta se clasifica en diferentes categorías: Nulípara, que es aquella mujer que nunca ha tenido un parto, aunque haya tenido embarazos que terminaron en abortos o solo cesáreas; Primípara, quien ha tenido un solo parto vaginal; y Multípara, la mujer que ha tenido dos o más partos donde los fetos alcanzaron la viabilidad. Cabe señalar que, en casos de embarazos múltiples, como gemelos o trillizos, se contabiliza como un único parto (18).

2. **Número de abortos**

   Se refiere a las ocasiones en que una mujer embarazada pierde su embarazo antes de que el feto sea viable fuera del útero,

es decir, antes de las 22 semanas de gestación. Esta interrupción puede ser espontánea, inducida o realizada por razones terapéuticas.

Se refiere a la cantidad total de embarazos interrumpidos antes de la viabilidad fetal, generalmente antes de las 20 semanas de gestación o cuando el feto pesa menos de 500 gramos. Este dato se registra en la historia obstétrica de la mujer y permite identificar antecedentes que podrían influir en el desarrollo y manejo de embarazos futuros (41).

**3. Número de gestaciones**

Se define como la cantidad total de embarazos que ha tenido una mujer, independientemente de su resultado, es decir, incluye partos a término, partos prematuros, abortos espontáneos o inducidos y embarazos ectópicos. Este indicador es fundamental en la historia obstétrica, ya que permite evaluar el riesgo reproductivo y planificar una atención prenatal adecuada (6).

Se entiende como el número de embarazos que una mujer ha culminado con el nacimiento de un feto que supera los 500 gramos o las 20 semanas de gestación. Esta condición se clasifica en:

- ✓ **Nulípara:** mujer que nunca ha tenido un parto; puede haber experimentado varios embarazos que terminaron en aborto. También se considera nulípara si sus embarazos concluyeron exclusivamente mediante cesárea.
- ✓ **Primípara:** mujer que ha tenido un solo parto por vía vaginal.
- ✓ **Multípara:** mujer que ha tenido dos o más partos.

## 4. Período Intergenésico

Según OMS, el periodo intergenésico es el intervalo comprendido entre la fecha del último evento obstétrico ya sea un aborto o un parto, independientemente de si fue vaginal o por cesárea y el inicio del siguiente embarazo, determinado por la fecha de la última menstruación (3).

Por otro lado, el periodo intergenésico se define como el intervalo de tiempo transcurrido entre el final de un embarazo y el inicio del siguiente. Este periodo es un indicador importante de salud materno-infantil, ya que un intervalo menor de 18 meses se asocia con mayores riesgos de complicaciones obstétricas, como parto prematuro, bajo peso al nacer y anemia materna. Por el contrario, un período intergenésico adecuado permite una mejor recuperación física y nutricional de la madre antes de un nuevo embarazo.

## 5. Tiempo de Gestación

Hace referencia al tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación. Estimar con precisión la edad gestacional es esencial para el control prenatal (CPN), ya que permite interpretar adecuadamente diversos exámenes y pruebas destinados a evaluar la salud fetal. En situaciones donde la fecha de última menstruación (FUM) proporcionada por la gestante no resulta fiable, este dato suele ser corroborado mediante una ecografía realizada entre las semanas 7 y 20 de gestación (42).

Se refiere al período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento del bebé, durante el cual se desarrolla el embrión y posteriormente el feto dentro del útero materno. Generalmente, el tiempo de gestación normal en los seres

humanos es de aproximadamente 40 semanas o 280 días, contados desde el primer día de la última menstruación. Este parámetro es fundamental para determinar la edad gestacional, monitorear el desarrollo fetal y clasificar el embarazo como a término (37–42 semanas), pretérmino (menos de 37 semanas) o postérmino (más de 42 semanas) (41).

**6. Consejería nutricional**

La consejería nutricional en el embarazo es el proceso mediante el cual un profesional de la salud, como un nutricionista o un médico, brinda orientación personalizada a una mujer gestante para asegurar que su alimentación cubra las necesidades tanto de ella como del bebé en desarrollo (43).

Es un proceso educativo y de orientación personalizada mediante el cual un profesional de la salud, generalmente un nutricionista o personal capacitado, brinda información, apoyo y estrategias para promover hábitos alimentarios saludables. En el contexto del embarazo, la consejería nutricional tiene como objetivo garantizar una adecuada alimentación de la gestante, cubrir los requerimientos nutricionales del feto y prevenir complicaciones como la anemia, la desnutrición o el sobrepeso (41).

Este proceso implica evaluar el estado nutricional de la embarazada, identificar posibles riesgos dietéticos, y ofrecer recomendaciones adaptadas a sus condiciones físicas, culturales y socioeconómicas, fomentando la toma de decisiones informadas para un embarazo saludable.

**Factores institucionales**

- ✓ **Tiempo de demora de la atención**

El objetivo esencial de la atención sanitaria es brindar un servicio de calidad que sea valorado positivamente por la población. En este sentido, la satisfacción de los usuarios y el estado general de salud de la comunidad se reconocen como los principales indicadores para medir y evaluar la calidad de los servicios de salud ofrecidos por las instituciones.

- ✓ **Amabilidad**

La amabilidad se refiere al trato cordial, respetuoso y empático que brinda el personal durante la atención. Implica disposición para ayudar, comunicación adecuada y un comportamiento que favorece un ambiente de confianza y satisfacción del usuario.

- ✓ **Barrera burocrática**

Una barrera burocrática es cualquier trámite, requisito o proceso administrativo excesivo que dificulta o retrasa el acceso de los usuarios a un servicio. Estas barreras pueden incluir demoras, procedimientos complejos, falta de información o exigencias innecesarias que afectan la eficiencia y oportunidad de la atención.

- ✓ **Infraestructura y equipamiento**

Infraestructura y equipamiento son clave para garantizar la prestación de servicios médicos adecuados, seguros y eficientes. Aquí te presento una definición contextualizada:

- ✓ **Infraestructura**

Es el conjunto de instalaciones físicas y espacios funcionales diseñados para brindar atención médica. Incluye la planificación,

diseño y construcción de lugares adecuados que garanticen el bienestar de pacientes y trabajadores de salud (3).

- ✓ **Equipamiento**

Se refiere al conjunto de dispositivos, instrumentos y tecnología médica utilizados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes. El equipamiento debe ser apropiado, funcional y cumplir con los estándares técnicos y sanitarios (3).

- ✓ **Trato del profesional**

El trato del profesional influye en la percepción de las gestantes sobre el servicio recibido, pudiendo favorecer o limitar su continuidad en los controles prenatales (15).

El personal de salud interactúa con el paciente durante la atención, incluyendo aspectos como el respeto, la empatía, la amabilidad, la comunicación clara y la disposición para escuchar y resolver dudas. Este componente forma parte de la calidad de atención percibida y contribuye a generar confianza, satisfacción y adherencia a los servicios de salud.

## 2.3. Definición de términos

a. **Atención prenatal:** Conjunto de acciones y procedimientos, ya sean sistemáticos o periódicos, orientados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden influir en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (34).

b. **Calidad de atención:** Es el grado en que los servicios de salud mejoran la probabilidad de alcanzar resultados de salud deseados,

brindando una atención efectiva, segura, oportuna y centrada en el paciente (41).

c. **Control prenatal tardío:** Se refiere al inicio de la atención prenatal a partir de la semana 14 del embarazo en adelante (5).

d. **Edad gestacional:** Es la duración del embarazo que se calcula desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en cuestión. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos (32).

e. **Educación prenatal:** Se refiere a la preparación de la mujer embarazada y de los futuros padres para que estén listos para el nacimiento, el cuidado del niño y asumir la paternidad (15).

f. **Gestante controlada:** MINSA define como gestante controlada a aquella que ha tenido un mínimo de seis controles prenatales (CPN), distribuidos de la siguiente manera: dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la semana 22 y 24, el cuarto entre las semanas 27 y 29, el quinto entre las semanas 33 y 35, y el sexto entre la semana 37 y la última semana de gestación (12).

g. **Gestante reenfocada:** Se define como aquella gestante que ha finalizado todo su paquete d e atención integral, que incluye el sexto control prenatal, un análisis de laboratorio completo, la protección con la vacuna antitetánica, el segundo examen odontológico, la segunda ecografía y el plan de parto (25).

h. **Paridad:** Se refiere al número de partos que ha tenido una mujer, ya sea antes o después de las 20 semanas de gestación (15).

i. **Salud reproductiva:** Es un estado de bienestar físico y social que no se limita únicamente a la ausencia de enfermedades, abarcando

todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones (33).

j. **Mortalidad:** Término que se refiere a la cualidad o el estado de mortal (destinado a morir). En el campo de la medicina, este término también se usa para la tasa de muertes, tasa de mortalidad o el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período. Es posible notificar la mortalidad de personas con cierta enfermedad, que viven en un área del país o que son de determinado sexo, edad o grupo étnico (10).

k. **Morbilidad:** Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población (9).

l. **Natalidad:** Frecuencia con que se producen los nacimientos en una población. La natalidad se considera uno de los componentes principales en el crecimiento de la población (13).

m. **Psicoafectivos:** refiere a los aspectos afectivos y emocionales de la estructura psicológica de un individuo, presentes tanto a nivel individual como en la interacción social (15).

n. **Feto:** es el producto de la concepción que se desarrolla y crece en el interior del útero (matriz) de los seres humanos y otros mamíferos. En los seres humanos, el período fetal empieza nueve semanas después de la fecundación del óvulo por un espermatozoide y termina en el momento del nacimiento (16).

o. **Alto riesgo:** puede producirse debido a una enfermedad preexistente. O bien, durante el embarazo, puede desarrollarse una afección médica que aumente el riesgo de tener problemas. Los

siguientes factores podrían derivar en un embarazo de alto riesgo (14).

p. **Morfología pélvica:** La pelvis se divide en dos regiones anatómicas diferentes entre sí, estas son la cintura pélvica y la columna vertebral a nivel de la pelvis. La cintura pélvica, también conocida como el hueso coxal, está conformada por la fusión de tres huesos: el ilion, el isquion y el pubis (18).

q. **Restos ovulares:** Se entiende por restos ovulares a básicamente cualquier estructura relacionada con un embarazo sean coágulos, membrana amniótica, restos fetales, restos de placenta, entre otros (11).

# CAPÍTULO III

# MARCO METODOLÓGICO

## 3.1. Tipo de investigación

El estudio es de tipo básico, de enfoque cuantitativo; ya que permitió recolectar y analizar datos numéricos para determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el acceso a la atención prenatal (44).

## 3.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental y de nivel correlacional. No experimental se basó en la observación de las variables en su contexto natural, sin manipulación deliberada de las mismas; relacional por que mide dos variables y prospectivo por que la información se recoge en un futuro según criterios del investigador previamente establecidos. Correlacional, puesto que se buscó determinar el grado de relación entre dos variables y; transversal porque los datos fueron recopilados en un único momento en el tiempo.

## 3.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las gestantes asistentes y que contaban entre 2 a más de 6 controles prenatales, con el segundo o tercer trimestre de gestación y quienes hayan sido atendidas en el Centro de Salud La Esperanza durante el año 2024. En total, se consideró a 290 gestantes atendidas en dicho establecimiento.

### 3.3.1. Tamaño y tipo de muestra

La muestra estuvo conformada por 165 cuestionarios de las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación. El estudio se realizó con la totalidad de los criterios de inclusión y exclusión. De los 290 cuestionarios registrados durante el año 2024, solo 165 eran elegibles para el estudio; por ello no fue necesario realizar el cálculo del tamaño de la muestra.

El tipo de muestreo que se utilizó es no probabilístico por conveniencia y de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación.

### 3.3.2. Criterio de inclusión y exclusión

**Criterios de inclusión:**

Se incluyeron a las gestantes que cumplieron con las siguientes características:

- Gestantes que asistieron al control prenatal en el Centro de Salud la Esperanza del 2024.
- Gestantes con 2 a 6 controles prenatales
- Gestantes que se encontraban en el segundo o tercer trimestre de gestación en el historial clínico.
- Cuestionarios con información completa sobre las variables sociodemográficas, obstétricas e institucionales consideradas en la investigación.
- Cuestionario aplicado a gestantes que desean participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

Se excluyeron del estudio a las gestantes que presentaron las siguientes condiciones:

- Pacientes gestantes transeúntes, con controles prenatales en otros establecimientos de salud.
- Gestantes que no asistieron a su atención prenatal completa en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024.

## 3.4. Operacionalización de variables

**Variable 1:** Factores asociados

**Variable 2:** Atención prenatal

| VARIABLE | DEFICNIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | UNIDAD/CATEGORIA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VARIABLE 1: FACTORES | Los factores se entienden como el conjunto de elementos, condiciones o variables que influyen directa o indirectamente en un fenómeno, proceso son factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales su análisis permite explicar las causas o condiciones que afectan el comportamiento de una variable de estudio. | La variable factores se medirá a través de la identificación y evaluación de condiciones específicas que influyen en la variable de estudio, utilizando indicadores agrupados en dimensiones previamente definidas, recolectados mediante instrumentos como encuestas. | FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS | Edad | 14-19<br>20-24<br>25-29<br>30 a mas | Ordinal |
| | | | | Estado civil | Soltera<br>Casada<br>Conviviente<br>Otros | Nominal |
| | | | | Grado de instrucción | Primaria<br>Secundaria<br>Técnico Superior<br>Superior universitaria | Ordinal |
| | | | | Ocupación | Su casa<br>Independiente<br>Dependiente<br>Estudiante | Nominal |
| | | | | Lugar de procedencia | Urbano<br>Rural | Nominal |
| | | | OBSTÉTRICOS | Número de gestaciones | Nulípara<br>Primípara<br>Multípara<br>Gran multípara | Ordinal |
| | | | | Número de aborto | Ninguno<br>01 aborto<br>02 aborto<br>03 aborto<br>4 a + Aborto | Ordinal |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Período intergenésico | Corto (<12 meses)<br>Adecuado (>12 a 36)<br>Largo (>de 36meses)<br>N.A | Ordinal |
| | | | | Tiempo de gestación | I Trimestre (0-13 semana)<br>II Trimestre (14-26 semanas)<br>III Trimestre (27-40 semanas) | Ordinal |
| | | | | Evaluación nutricional pre gestacional | Delgadez<br>Normal<br>Sobre peso<br>Obesidad | ordinal |
| | | | | Consejería Nutricional | Si<br>No | Nominal |
| | | | INSTITUCIONALES | Tiempo de demora de la atención | Eficiente<br>Deficiente | Nominal |
| | | | | Infraestructura y equipamiento | Muy Bueno<br>Bueno<br>Regular<br>Malo<br>Muy malo | Ordinal |
| | | | | Trato profesional | Muy Bueno<br>Bueno<br>Regular<br>Malo<br>Muy malo | Ordinal |
| VARIABLE 2: | La atención prenatal es el conjunto de acciones de promoción, prevención, diagnóstico y seguimiento | La variable atención prenatal se medirá a través del nivel de cumplimiento y calidad de | Gestantes que acude de 2 a 5 controles y más de 6 controles de | | ➢ De 2 a 5 controles<br>➢ 6 controles a más | Ordinal |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN PRENATAL | de la salud materna y fetal que se brindan a la mujer durante el embarazo, con el objetivo de garantizar un desarrollo gestacional adecuado y reducir riesgos para la madre y el recién nacido | los controles prenatales recibidos por la gestante, considerando indicadores cuantificables obtenidos mediante encuesta o revisión de historia clínica | Atención prenatal | | |

## 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

### Técnica

Para la recolección de datos, se utilizó la encuesta como técnica de investigación, la cual se materializó a través del diseño y aplicación de un cuestionario estructurado Metodológicamente, esta técnica permite recopilar datos de las gestantes que acudieron al consultorio externo de Obstetricia del Centro de Salud La Esperanza.

### Instrumentos

El instrumento usado para la investigación fue el cuestionario de acuerdo con los objetivos y variables del estudio y posteriormente sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems, incorporándose las observaciones y recomendaciones formuladas. El instrumento final quedó conformado por 14 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones: factores sociodemográficos (4 ítems), factores obstétricos (6 ítems), factores institucionales (3 ítems) y acceso a la atención prenatal (1 ítem).

## 3.6 Procedimiento y análisis de datos

Se gestionó el permiso del Centro de Salud La Esperanza para la recolección de información de las gestantes que acudieron a su control prenatal. Una vez recolectada la información, los datos fueron codificados y registrados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, para su posterior procesamiento estadístico mediante el programa SPSS ver. 27, se emplearon estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes) para caracterizar las variables sociodemográficas, obstétricas e institucionales.

Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado ($\chi^2$) con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$), con el

propósito de determinar la existencia de relación significativa entre los factores asociados y el acceso a la atención prenatal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos que facilitaron la interpretación y discusión de los hallazgos.

### 3.7 Aspectos éticos

En el estudio se respetó los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos. Antes de la recolección de datos, se solicitó la autorización al Centro de Salud La Esperanza – Tacna.

Se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada por cuestionario, asegurando que los datos fueran utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

Asimismo, se evitó cualquier forma de no considerar los datos de la historia clínica registrados de todos los pacientes, se guardó la confidencialidad en todo momento. Los resultados obtenidos fueron presentados de manera general, sin identificar nombres ni datos personales, cumpliendo con la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales del Perú.

# CAPÍTULO IV
# RESULTADOS

## 4.1. Presentación e interpretación de resultados estadísticos descriptivos

### Tabla 1

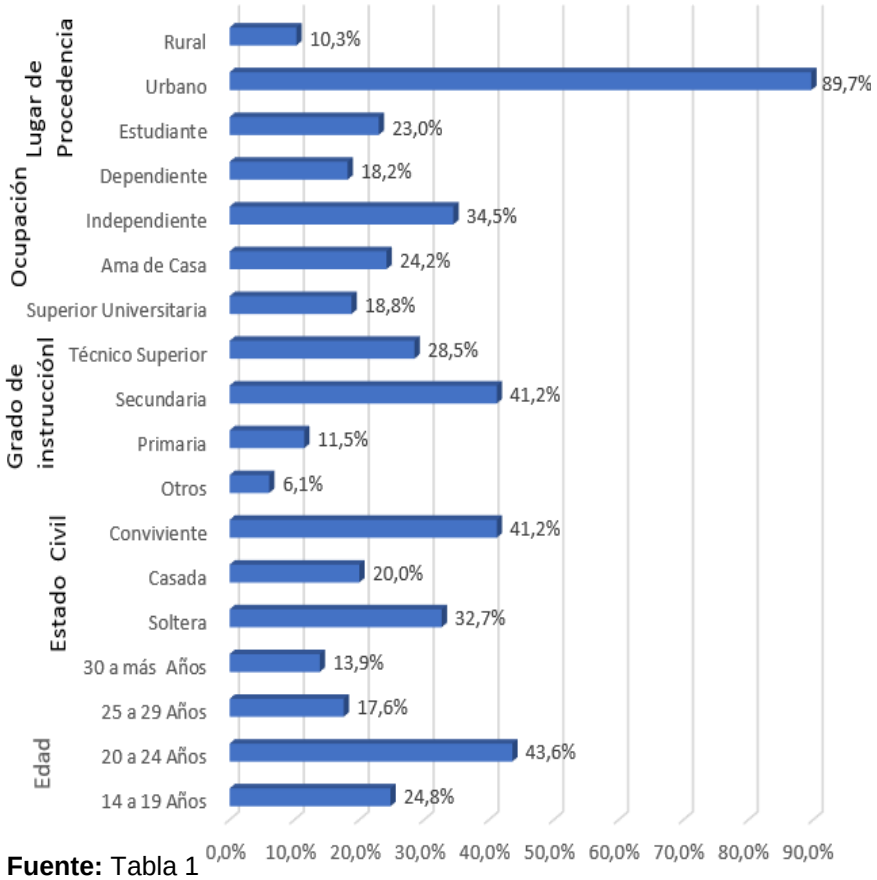
*Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

| **Factores Sociodemográficos** | | |
|---|---|---|
| **Edad** | **Nº** | % |
| 14 a 19 Años | 41 | 24,8 |
| 20 a 24 Años | 72 | 43,6 |
| 25 a 29 Años | 29 | 17,6 |
| 30 a más Años | 23 | 13,9 |
| **Estado Civil** | **Nº** | **%** |
| Soltera | 54 | 32,7 |
| Casada | 33 | 20,0 |
| Conviviente | 68 | 41,2 |
| Otros | 10 | 6,1 |
| **Grado de instrucción** | **Nº** | **%** |
| Primaria | 19 | 11,5 |
| Secundaria | 68 | 41,2 |
| Técnico Superior | 47 | 28,5 |
| Superior Universitaria | 31 | 18,8 |
| **Ocupación** | **Nº** | **%** |
| Ama de Casa | 40 | 24,2 |
| Independiente | 57 | 34,5 |
| Dependiente | 30 | 18,2 |
| Estudiante | 38 | 23,0 |
| **Lugar de Procedencia** | **Nº** | **%** |
| Urbano | 148 | 89,7 |
| Rural | 17 | 10,3 |
| Total | 165 | 100,0 |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

**Interpretación**

En la Tabla 1, se observa que el 43,6 % de las participantes tiene entre 20 y 24 años. Respecto al estado civil y grado de instrucción en educación secundaria ambos presentan el 41,2 %. En lo referente a la ocupación, el 34,5 % corresponde a trabajadoras independientes, siendo el grupo predominante. Finalmente, sobre el lugar de procedencia, el 89,2 % de las gestantes proviene de la zona urbana, reflejando una concentración significativa en este ámbito geográfico.




**Fuente:** Tabla 1

**Figura 1.**

*Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

**Tabla 2.**

*Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

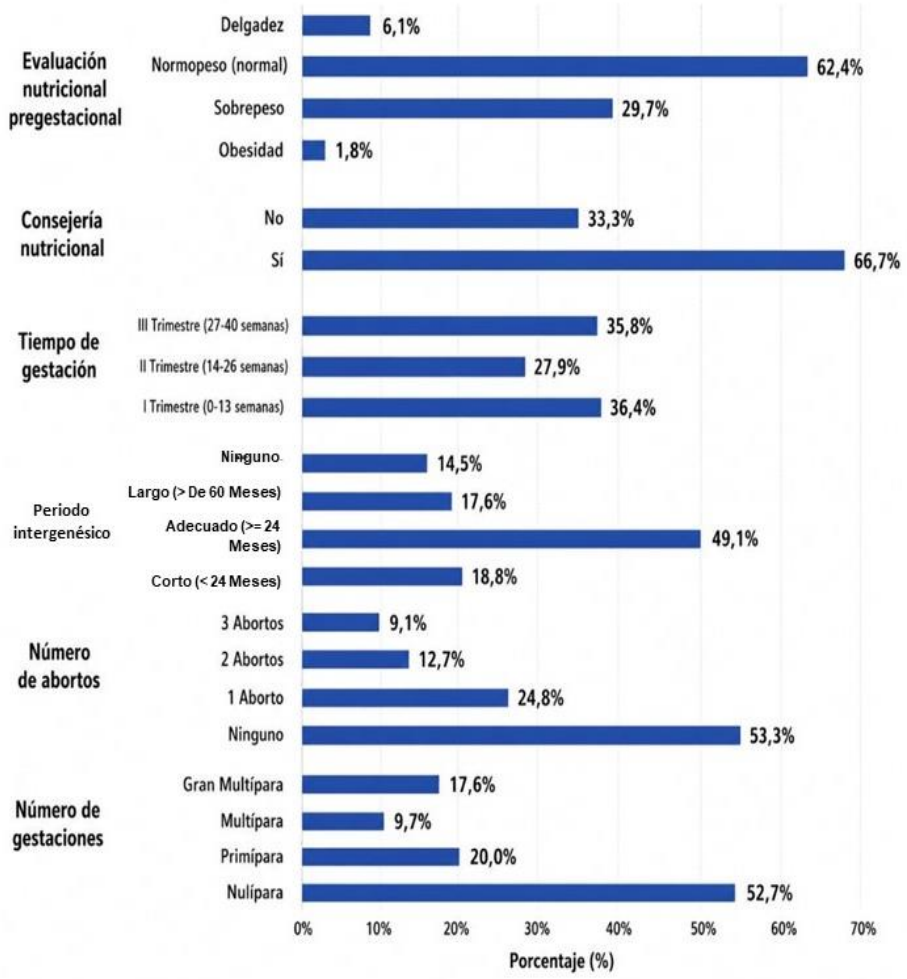
| Factores obstétricos | | |
|---|---|---|
| **Número de gestaciones** | **Nº** | % |
| Nulípara | 87 | 52,7 |
| Primípara | 33 | 20,0 |
| Multípara | 16 | 9,7 |
| Gran Multípara | 29 | 17,6 |
| **Número de Abortos** | **Nº** | % |
| Ninguno | 88 | 53,3 |
| 1 aborto | 41 | 24,8 |
| 2 abortos | 21 | 12,7 |
| 3 abortos | 15 | 9,1 |
| **Período Intergenésico** | **Nº** | % |
| Corto (< 24 meses) | 31 | 18,8 |
| Adecuado (>= 24 meses) | 81 | 49,1 |
| Largo (> de 60 meses) | 29 | 17,6 |
| Ninguno | 24 | 14,5 |
| **Tiempo de Gestación** | **Nº** | % |
| I Trimestre (0-13 semana) | 60 | 36,4 |
| II Trimestre (14-26 semanas | 46 | 27,9 |
| III Trimestre (27-40 semanas) | 59 | 35,8 |
| **Evaluación Nutricional Pre gestacional** | **Nº** | % |
| Delgadez | 10 | 6,1 |
| Normal | 103 | 62,4 |
| Sobrepeso | 49 | 29,7 |
| Obesidad | 3 | 1,8 |
| **Consejería Nutricional** | **Nº** | % |
| Si | 110 | 66,7 |
| No | 55 | 33,3 |
| Total | 165 | 100,0 |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

**Interpretación**

En la Tabla 2, se observa que el número de gestaciones, el 52,7 % corresponde a mujeres nulíparas. Asimismo, el 53,3 % no presenta antecedentes de aborto. Respecto al periodo intergenésico, el 49,1 % evidencia un intervalo adecuado, mientras que, en relación con el tiempo

de gestación, el 36,4 % se encuentra en el primer trimestre. En cuanto a la evaluación nutricional pregestacional, el 62,4 % de las gestantes presenta un estado nutricional adecuado. Finalmente, en lo que respecta a la consejería nutricional, el 66,7 % de las participantes refiere haber recibido orientación apropiada.




**Fuente:** Tabla 2

**Figura 2.**

*Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

**Tabla 3**

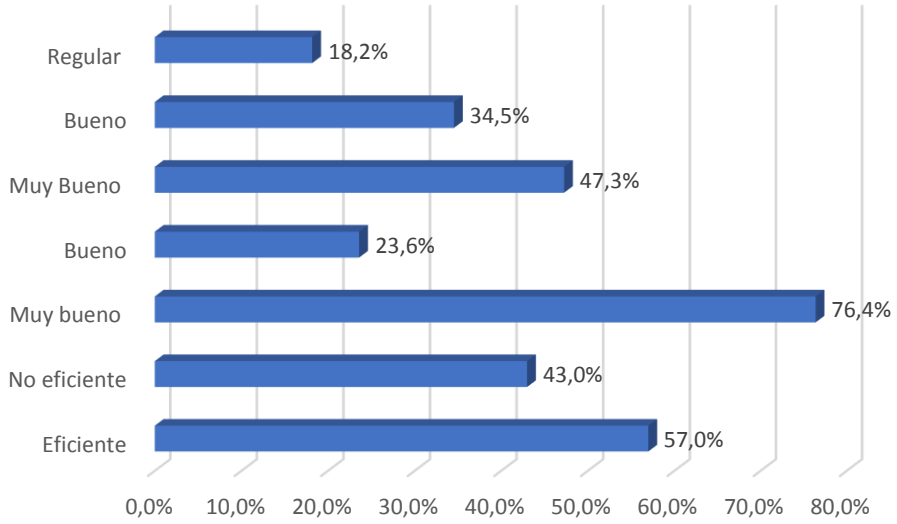
*Factores institucionales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

| **Factores institucionales** | | |
|---|---|---|
| **Tiempo de demora de la atención** | **Nº** | **%** |
| Eficiente | 94 | 57,0 |
| Deficiente | 71 | 43,0 |
| **Trato de profesional** | **Nº** | **%** |
| Muy Bueno | 78 | 47,3 |
| Bueno | 57 | 34,5 |
| Regular | 30 | 18,2 |
| **Infraestructura y equipamiento** | **Nº** | **%** |
| Muy bueno | 126 | 76,4 |
| Bueno | 39 | 23,6 |
| Total | 165 | 100 |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

## Interpretación

La Tabla 3, se observa que los factores institucionales, el 57,0 % de las gestantes calificó el tiempo de demora de la atención como eficiente, mientras que el 43,0 % lo consideró deficiente. En relación con el trato del profesional de salud, el 47,3 % lo calificó como muy bueno, el 34,5 % como bueno y el 18,2 % como regular. Finalmente, el 76,4 % calificó la infraestructura y equipamiento como muy buena, mientras que el 23,6 % la consideró buena. En conjunto, se evidencia una percepción predominantemente favorable de las condiciones institucionales de la atención prenatal.




**Fuente:** Tabla 3.

**Figura 3**

*Factores institucionales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

**Tabla 4**

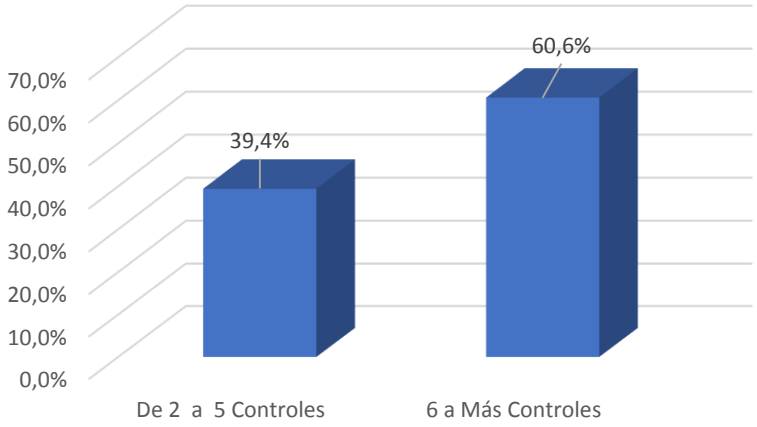
*Atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

| Atención Prenatal | Nº | % |
|---|---|---|
| De 2 a 5 Controles | 65 | 39,4 |
| 6 a Más Controles | 100 | 60,6 |
| Total | 165 | 100,0 |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

**Interpretación**

La Tabla 4, se observa que el 60,6 % de las pacientes tienen más de 6 controles y finalmente el 39,4% de las gestantes tienen de 2 a 5 controles.




**Fuente:** Tabla 4.

**Figura 4.**

*Atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024*

## 4.2. Contrastación e investigación de hipótesis

### Prueba de normalidad

En esta investigación se emplea la prueba de Kolmogórov-Smirnov, ya que el tamaño de la muestra es de 165 personas, superando los 50 participantes. Se plantean dos hipótesis la nula y la alternativa con el fin de determinar si los datos presentan una distribución normal o si se desvían de este comportamiento.

**Ho:** Los datos tiene una distribución normal

**$H_1$:** Los datos no tiene una distribución normal

**Nivel de significancia:** $\alpha = 5\%$ ó $\alpha = 0{,}05$

Es importante mencionar que el valor de significancia es un elemento clave para determinar cuál de las hipótesis es válida en la investigación, siguiendo los siguientes criterios:

### Regla de decisión

1. Si P-valor es **menor o igual** que el alfa (α), se rechaza la Ho y se acepta la $H_1$ (los datos no tienen una distribución normal, entonces empleamos pruebas no paramétricas)

2. Si P-valor es **mayor** que el alfa (α), se acepta Ho y se rechaza la $H_1$ (los datos tienen una distribución normal, entonces empleamos pruebas paramétricas)

**Tabla 5**

*Prueba de normalidad*

| Pruebas de normalidad | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kolmogorov-Smirnov[a] | | | Shapiro-Wilk | | |
| | Estadístico | gl | Sig. | Estadístico | gl | Sig. |
| Edad | 0,269 | 165 | 0,000 | 0,850 | 165 | 0,000 |
| Estado Civil | 0,266 | 165 | 0,000 | 0,822 | 165 | 0,000 |
| Grado de instrucción | 0,249 | 165 | 0,000 | 0,869 | 165 | 0,000 |
| Ocupación | 0,231 | 165 | 0,000 | 0,853 | 165 | 0,000 |
| Lugar de Procedencia | 0,529 | 165 | 0,000 | 0,348 | 165 | 0,000 |
| Número de gestaciones | 0,315 | 165 | 0,000 | 0,740 | 165 | 0,000 |
| Número de Abortos | 0,317 | 165 | 0,000 | 0,752 | 165 | 0,000 |
| Período Intergenésico | 0,296 | 165 | 0,000 | 0,844 | 165 | 0,000 |
| Tiempo de Gestación | 0,242 | 165 | 0,000 | 0,777 | 165 | 0,000 |
| Evaluación Nutricional Pre gestacional | 0,402 | 165 | 0,000 | 0,616 | 165 | 0,000 |
| Consejería Nutricional | 0,426 | 165 | 0,000 | 0,595 | 165 | 0,000 |
| Tiempo de Demora de la Atención | 0,411 | 165 | 0,000 | 0,609 | 165 | 0,000 |
| Trato profesional | 0,227 | 165 | 0,000 | 0,884 | 165 | 0,000 |
| Infraestructura y equipamiento | 0,474 | 165 | 0,000 | 0,556 | 165 | 0,000 |

Se aplicó la prueba de normalidad para determinar si existe o no la distribución normal. Mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnova se ha encontrado que no existe una distribución normal porque el P-valor < $\alpha = 0.05$, para ello se determinó la prueba no paramétrica por lo tanto utilizamos estadística de chi-cuadrado.

**Verificación de la hipótesis general:**

**a) Tratamiento de la hipótesis:**

**$H_o$:** Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales están asociados significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.

**$H_1$:** Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales no están asociados significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.

**b) Nivel de significancia:** α = 0,05 (5% de alfa)

Sea toda probabilidad resultante equivalente o inferior a 0,05; se reconoce $H_1$ y se refuta $H_0$.

**c) Zona de rechazo:**

Si p valor > 0,05 se acepta H0 y se rechaza la H1

Si p valor < 0,05 se rechaza H0 y se acepta H1

**d) Estadística de prueba:**

Los datos recogidos responden a una escala de ordinal; aplicó la prueba no paramétrica de *Chi-cuadrado de independencia* $X^2$; haciendo uso del programa SPSS V. 27; donde:

**Tabla 6**

*Factores sociodemográficos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.*

| Edad | Atención Prenatal | | | | Total | | P | Chi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | De 2 a 5 Controles | | 6 a Más Controles | | | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| 14 a 19 Años | 12 | 7,3 | 29 | 17,6 | 41 | 24,8 | 0,046 | 8,009 |
| 20 a 24 Años | 34 | 20,6 | 38 | 23,0 | 72 | 43,6 | | |
| 25 a 29 Años | 7 | 4,2 | 22 | 13,3 | 29 | 17,6 | | |
| 30 a más Años | 12 | 7,3 | 11 | 6,7 | 23 | 13,9 | | |
| **Estado Civil** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Soltera | 25 | 15,2 | 29 | 17,6 | 54 | 32,7 | 0,049 | 7,839 |
| Casada | 13 | 7,9 | 20 | 12,1 | 33 | 20,0 | | |
| Conviviente | 20 | 12,1 | 48 | 29,1 | 68 | 41,2 | | |
| Otros | 7 | 4,2 | 3 | 1,8 | 10 | 6,1 | | |
| **Grado de Instrucción** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Primaria | 13 | 7,9 | 6 | 3,6 | 19 | 11,5 | 0,027 | 9,180 |
| Secundaria | 23 | 13,9 | 45 | 27,3 | 68 | 41,2 | | |
| Técnico Superior | 20 | 12,1 | 27 | 16,4 | 47 | 28,5 | | |
| Superior Universitaria | 9 | 5,5 | 22 | 13,3 | 31 | 18,8 | | |
| **Ocupación** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Ama de Casa | 16 | 9,7 | 24 | 14,5 | 40 | 24,2 | 0,885 | 6,651 |
| Independiente | 23 | 13,9 | 34 | 20,6 | 57 | 34,5 | | |
| Dependiente | 13 | 7,9 | 17 | 10,3 | 30 | 18,2 | | |
| Estudiante | 13 | 7,9 | 25 | 15,2 | 38 | 23,0 | | |
| **Lugar de Procedencia** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Urbano | 57 | 34,5 | 91 | 55,2 | 148 | 89,7 | 0,495 | 0,466 |
| Rural | 8 | 4,8 | 9 | 5,5 | 17 | 10,3 | | |
| Total | 65 | 39,4 | 100 | 60,6 | 165 | 100,0 | | |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

## Interpretación

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el acceso a la atención prenatal ($p = 0,046$; $\chi^2 = 8,009$). Esto sugiere que la edad es un factor que se asocia con la asistencia a los controles, observándose mayor cumplimiento en las mujeres jóvenes adultas.

El estado civil también mostró asociación significativa con el acceso a la atención prenatal ($p = 0,049$; $\chi^2 = 7,839$).. Esto indica que la condición conyugal podría estar relacionada con las decisiones de búsqueda y continuidad del servicio.

El nivel educativo presentó una relación significativa con el acceso a la atención prenatal ($p = 0,027$; $\chi^2 = 9,180$). Este hallazgo refuerza la importancia de la escolaridad como determinante del uso de servicios de salud.

En cuanto a la ocupación, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal ($p = 0,885$; $\chi^2 = 6,651$).

El lugar de procedencia tampoco mostró asociación significativa con el acceso a la atención prenatal ($p = 0,495$; $\chi^2 = 0,466$). sin diferencias en la cantidad de controles realizados.

En síntesis, dentro de los factores sociodemográficos analizados, se encontró evidencia de asociación en tres variables: edad, estado civil y grado de instrucción, mientras que ocupación y lugar de procedencia no demostraron relación significativa con la variable de estudio.

**Tabla 7**

*Factores obstétricos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.*

| Número de gestaciones | Atención Prenatal | | | | Total | | P | Chi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | De 2 a 5 Controles | | 6 a Más Controles | | | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Nulípara | 27 | 16,4 | 60 | 36,4 | 87 | 52,7 | 0,030 | 8,919 |
| Primípara | 20 | 12,1 | 13 | 7,9 | 33 | 20,0 | | |
| Multípara | 7 | 4,2 | 9 | 5,5 | 16 | 9,7 | | |
| Gran Multípara | 11 | 6,7 | 18 | 10,9 | 29 | 17,6 | | |
| **Número de Abortos** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Ninguno | 30 | 18,2 | 58 | 35,2 | 88 | 53,3 | 0,034 | 8,670 |
| 1 aborto | 17 | 10,3 | 24 | 14,5 | 41 | 24,8 | | |
| 2 abortos | 7 | 4,2 | 14 | 8,5 | 21 | 12,7 | | |
| 3 abortos | 11 | 6,7 | 4 | 2,4 | 15 | 9,1 | | |
| **Período Intergenésico** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Corto (< 24 meses) | 7 | 4,2 | 24 | 14,5 | 31 | 18,8 | 0,020 | 9,835 |
| Adecuado (>= 24 meses) | 36 | 21,8 | 45 | 27,3 | 81 | 49,1 | | |
| Largo (> de 60 meses) | 8 | 4,8 | 21 | 12,7 | 29 | 17,6 | | |
| Ninguno | 14 | 8,5 | 10 | 6,1 | 24 | 14,5 | | |
| **Tiempo de Gestación** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| I Trimestre (0-13 semana) | 17 | 10,3 | 43 | 26,1 | 60 | 36,4 | 0,044 | 6,651 |
| II Trimestre (14-26 semanas | 24 | 14,5 | 22 | 13,3 | 46 | 27,9 | | |
| III Trimestre (27-40 semanas) | 24 | 14,5 | 35 | 21,2 | 59 | 35,8 | | |
| **Evaluación Nutricional** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | **Nº** | **%** | | |
| Delgadez | 3 | 1,8 | 7 | 4,2 | 10 | 6,1 | 0,138 | 5,514 |
| Normal | 35 | 21,2 | 68 | 41,2 | 103 | 62,4 | | |
| Sobre peso | 26 | 15,8 | 23 | 13,9 | 49 | 29,7 | | |
| Obesidad | 1 | 0,6 | 2 | 1,2 | 3 | 1,8 | | |
| Total | 65 | 39,4 | 100 | 60,6 | 165 | 100,0 | | |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

## Interpretación

Los resultados muestran que el número de gestaciones de la gestante presenta una asociación significativa con el acceso en la

atención prenatal (p = 0,030; $\chi^2$ = 8,919). De manera similar, con respecto al número de abortos se evidenció asociación significativa (p = 0,034; $\chi^2$ = 8,670), en el periodo intergenésico presenta una asociación significativa (p = 0,020; $\chi^2$ = 9,835), al igual que el tiempo de gestación se evidencia una asociación significativa (p = 0,044; $\chi^2$ = 6,651), en la misma línea en evaluación nutricional pre gestacional presenta una asociación significativa (p = 0,019; $\chi^2$ = 5,547). En estos casos, se rechaza la hipótesis nula ($H_0$) y se acepta la hipótesis alterna ($H_1$), lo que indica que dichos factores obstétricos se asocian de manera significativa en el acceso a los controles prenatales.

Por otro lado, en evaluación nutricional (p = 0,138; $\chi^2$ = 5,514) no presentó una asociación significativa estadística, por lo que no se rechaza la hipótesis nula ($H_0$). En consecuencia, estos factores no se asocian de manera significativa con el acceso en la atención prenatal en la población estudiada.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que los factores obstétricos presentan una asociación significativa con el acceso a la atención prenatal son: número de gestaciones, número de abortos, periodo intergenésico, tiempo de gestación y evaluación nutricional pregestacional, mientras que la consejería nutricional no mostró asociación significativa.

**Tabla 8**

*Factores institucionales asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024.*

| Tiempo de demora de la atención | Atención prenatal | | | | Total | | P | Chi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | De 2 a 5 controles | | 6 a Más controles | | | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Eficiente | 36 | 21,8 | 58 | 35,2 | 94 | 57 | 0,110 | 0,740 |
| Deficiente | 29 | 17,6 | 42 | 25,5 | 71 | 43 | | |
| **Trato de profesional** | | | | | | | | |
| Regular | 13 | 7,9 | 17 | 10,3 | 30 | 18,2 | 0,838 | 0,354 |
| Bueno | 21 | 12,7 | 36 | 21,8 | 57 | 34,5 | | |
| Muy Bueno | 31 | 18,8 | 47 | 28,5 | 78 | 47,3 | | |
| **Infraestructura y equipamiento** | | | | | | | | |
| Muy Bueno | 50 | 30,3 | 76 | 46,1 | 126 | 76,4 | 0,740 | 0,110 |
| Bueno | 15 | 9,1 | 24 | 14,5 | 39 | 23,6 | | |
| Total | 65 | 39,4 | 100 | 60,6 | 165 | 100,0 | | |

**Fuente:** cuestionario aplicado a la gestante

## Interpretación

Los resultados muestran que el tiempo de demora de la atención no presentó una asociación estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal ($p = 0,110$; $\chi^2 = 2,556$), debido a que el valor de significancia fue mayor a 0,05 ($p > 0,05$). En consecuencia, no existe evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre esta variable y el acceso a la atención prenatal.

De igual manera, el trato del profesional de salud tampoco presentó una asociación estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal ($p = 0,838$; $\chi^2 = 0,354$). Asimismo, la infraestructura y equipamiento no mostraron asociación estadísticamente significativa ($p = 0,740$; $\chi^2 = 0,110$), al obtener valores de significancia superiores a 0,05.

En consecuencia, los factores institucionales evaluados (tiempo de demora de la atención, trato del profesional de salud e infraestructura y equipamiento) no se asociaron de manera estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Esperanza durante el año 2024.

En conclusión, los resultados permiten afirmar que los factores institucionales en tiempo de demora de atención y horario de atención no presentan una asociación significativa con el acceso a la atención prenatal.

# CAPÍTULO V
# DISCUSIÓN

En los factores sociodemográficos, Los resultados evidenciaron que la edad, el estado civil y el grado de instrucción presentaron asociación estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal ($p<0,05$), mientras que la ocupación y el lugar de procedencia no mostraron asociación significativa ($p>0,05$). Asimismo, predominó el grupo de gestantes de 20 a 24 años (43,6 %), convivientes (41,2 %), con educación secundaria (41,2 %), trabajadoras independientes (34,5 %) y procedentes del área urbana (89,7 %).

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Guillen et al. (13), quienes identificaron que la edad materna, la situación laboral, la falta de apoyo de la pareja y las relaciones familiares desfavorables influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal. Del mismo modo, Fernanda y Rodrigo (15) concluyeron que las gestantes con mayor nivel educativo presentan mejor adherencia al control prenatal, mientras que aquellas que residen en zonas con mayores dificultades de acceso tienen menor cumplimiento de los controles recomendados.

A nivel nacional, los resultados guardan concordancia con Timoteo (17), quien encontró que la edad materna, el estado civil y el nivel educativo constituyen factores asociados al abandono del control prenatal, observando mayor riesgo en adolescentes, mujeres solteras y con menor nivel educativo. Asimismo, Malásquez (18) reportó que pertenecer a los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 29 años, ser soltera, no contar con empleo y presentar condiciones socioeconómicas desfavorables incrementan el riesgo de abandonar la atención prenatal. De igual manera, Hilario (20) encontró que la edad y el lugar de procedencia influyen significativamente en la adherencia al control prenatal; sin embargo, en el presente estudio la procedencia no mostró asociación estadísticamente significativa. Esta diferencia podría atribuirse a

que la mayor parte de la población estudiada pertenecía al área urbana, lo que disminuye las barreras geográficas para acceder a los servicios de salud.

En conjunto, estos resultados permiten afirmar que los factores sociodemográficos continúan siendo determinantes importantes para el acceso a la atención prenatal, ya que las características personales, familiares y educativas influyen en la decisión de iniciar oportunamente los controles y mantener su continuidad durante el embarazo.

En los factores obstétricos, el estudio evidenció asociación estadísticamente significativa entre el acceso a la atención prenatal y el número de gestaciones, los antecedentes de aborto, el período intergenésico y el tiempo de gestación ($p<0,05$). Además, predominó el grupo de gestantes nulíparas (52,7 %), sin antecedentes de aborto (53,3 %), con período intergenésico adecuado (49,1 %), en el primer trimestre de gestación (36,4 %), con estado nutricional pregestacional normal (62,4 %) y que recibieron consejería nutricional (66,7 %).

Los resultados muestran similitud con lo reportado por Becerra (16), quien identificó que el desconocimiento del embarazo y la captación tardía de las gestantes constituyen factores que retrasan el inicio del control prenatal, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de identificación temprana del embarazo. Asimismo, Pinedo (19) describió características obstétricas semejantes en su población de estudio, aunque no encontró asociación estadísticamente significativa entre dichas variables y el inicio tardío del control prenatal, diferencia que podría explicarse por el menor tamaño de muestra y las características específicas de la población evaluada.

Los hallazgos también coinciden parcialmente con Hilario (20), quien encontró predominio de primigestas y mayor adherencia cuando los controles prenatales se iniciaban oportunamente. Asimismo, López (14) señala que el acceso al control prenatal se evalúa principalmente mediante el cumplimiento del número recomendado de controles, resaltando la importancia del inicio

precoz de la atención prenatal como indicador de acceso efectivo a los servicios de salud.

A nivel local, Apaza (21) reportó predominio de gestantes nulíparas y una percepción favorable sobre la calidad de la atención prenatal; sin embargo, su investigación tuvo un enfoque descriptivo y no evaluó la asociación entre los factores obstétricos y el acceso a la atención prenatal, por lo que los resultados son complementarios al presente estudio. Estos hallazgos respaldan las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que enfatizan la importancia del inicio temprano y la continuidad de los controles prenatales para identificar oportunamente factores de riesgo y prevenir complicaciones maternas y perinatales.

Finalmente, en los factores institucionales, el presente estudio encontró que el tiempo de demora de la atención, el trato del profesional de salud y la infraestructura y equipamiento no presentaron asociación estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal ($p>0,05$).

Estos resultados coinciden con los reportados por Cutipa (22), quien tampoco encontró asociación significativa entre los factores institucionales y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Tacna. Ambos estudios sugieren que, en estos contextos, otros factores personales y obstétricos tienen mayor influencia sobre el acceso a los controles prenatales. No obstante, estos hallazgos difieren parcialmente de lo informado por Vivanco (12), quien concluyó que la deficiente atención brindada por los establecimientos de salud y el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal favorecen la inasistencia y el desarrollo de complicaciones durante el embarazo. Del mismo modo, Apaza (21) encontró que la calidad de la atención prenatal fue percibida como buena, aunque la dimensión empatía obtuvo una valoración regular, lo que evidencia que la percepción del trato continúa siendo un aspecto susceptible de mejora.

Estas diferencias podrían deberse a las características de la población estudiada, ya que en el presente trabajo la mayoría de las gestantes calificó como eficiente el tiempo de atención, muy bueno el trato del profesional y muy buena la infraestructura del establecimiento, generando una menor variabilidad en las respuestas y, por consiguiente, la ausencia de asociación estadísticamente significativa.

En concordancia con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, la calidad de la atención, el trato digno, la comunicación efectiva y la disponibilidad de servicios continúan siendo elementos fundamentales para fortalecer la confianza de las gestantes y favorecer la utilización de los servicios de salud materna; sin embargo, en la población estudiada estos factores no demostraron una influencia estadísticamente significativa sobre el acceso a la atención prenatal.

En conjunto, los resultados del presente estudio permiten concluir que el acceso a la atención prenatal estuvo principalmente determinado por factores sociodemográficos y obstétricos, mientras que los factores institucionales no mostraron asociación significativa en la población evaluada.

## CONCLUSIONES

1. Los factores asociados al acceso del control prenatal en el centro de salud la esperanza fue: asociados a los factores sociodemográficas en edad, el estado civil y el grado de instrucción, factores obstétricos, como el número de gestaciones, el número de abortos, el período intergenésico y el tiempo de gestación, presentan asociación estadísticamente significativa con el acceso a la atención prenatal ($p < 0,05$) y en factores institucionales no presentan asociación.
2. En relación con los factores sociodemográficos, se concluye que la edad, el estado civil y el grado de instrucción se encuentran significativamente asociados al acceso a la atención prenatal ($p < 0,05$), lo que indica que estas características asocian el cumplimiento de los controles prenatales. Por otro lado, la ocupación y el lugar de procedencia no mostraron asociación significativa ($p > 0,05$).
3. Respecto a los factores obstétricos, se concluye que el número de gestaciones, el número de abortos, el período intergenésico y el tiempo de gestación presentan asociación significativa con el acceso a la atención prenatal ($p < 0,05$), evidenciando que los antecedentes reproductivos y la etapa del embarazo se asocian en la asistencia a los controles prenatales. Sin embargo, la consejería nutricional no mostró asociación significativa ($p > 0,05$).
4. En cuanto a los factores institucionales, se concluye que el tiempo de demora en la atención, el horario de atención y el trato del profesional de salud no presentan asociación significativa con el acceso a la atención prenatal ($p > 0,05$), lo que sugiere que estos factores no se asocian en de manera determinante en la frecuencia de los controles prenatales en la población estudiada.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la DIRESA utilizar los resultados de este estudio para implementar un sistema de monitoreo de la calidad percibida en el Centro de Salud La Esperanza, priorizando la refacción de la infraestructura para garantizar la privacidad de las gestantes y dictando programas de capacitación en trato humanizado al personal de salud.
2. Se recomienda a la Dirección de Educación emitir lineamientos de flexibilidad horaria en los colegios de la zona de influencia del Centro de Salud La Esperanza, garantizando que las escolares gestantes acudan sin trabas académicas a sus controles prenatales, combatiendo la deserción y fomentando una cultura de maternidad segura desde las aulas.
3. Se recomienda al Gerente del Centro de Salud La Esperanza diseñar un Plan de Optimización Interna que priorice la capacitación en trato humanizado para el personal del consultorio de Obstetricia, implemente un sistema de citas para reducir tiempos de espera y acondicione los ambientes para garantizar la privacidad y comodidad física de las gestantes.
4. Al jefe de servicio de obstetricia del establecimiento de salud La Esperanza, fortalecer la capacitación del personal de salud y diseñar nuevas estrategias en competencias comunicacionales, trato humanizado y empatía, con el fin de mejorar la experiencia de las gestantes y fomentar la confianza en los servicios prenatales. Promover estrategias de identificación temprana de gestantes con antecedentes obstétricos de riesgo (abortos previos, intervalos cortos entre embarazos, bajo peso pregestacional) para garantizar un acompañamiento personalizado y oportuno.
5. A los futuros investigadores: Ampliar el estudio en otros establecimientos de salud de la región Tacna y considerar un diseño

longitudinal que permita evaluar la causalidad entre los factores identificados y el acceso a la atención prenatal.

6. Se recomienda al equipo de gestión del Centro de Salud La Esperanza diseñar e implementar un padrón diferenciado de 'Gestantes con Desplazamiento Geográfico Frecuente'. Para este grupo, se debe optimizar el tele monitoreo obstétrico, educar en el porte obligatorio del carné perinatal portátil y activar canales de comunicación con los agentes comunitarios de salud para identificar números de contacto de respaldo. Asimismo, se sugiere formalizar flujos de contrarreferencia comunitaria e interinstitucional con los establecimientos de salud de los destinos frecuentes de las usuarias, garantizando la continuidad del control prenatal y la prevención de complicaciones materno-perinatales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105-MINSA/ DGSP-V.01. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. 2013.

2. Dioses L, Corzo C, Zarate J, Vizcarra V, Zapata G, Arredondo M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados. revisión narrativa. Horiz. Med. 2023; 23(4).

3. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Organización Mundial de la Salud; 2016.

4. Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK. Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica. Banco Interamericano de Desarrollo; 2017.

5. EDSA. INE-Instituto Nacional de Estadística. [Online].; 2017. Available from: https://www.ine.gob.bo/index.php/encuesta-de-demografia-y-salud/.

6. Betancourt-Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. FUNDACIÓN KOINONIA (F.K). 2019; 4(7).

7. Escobar F. , Guzmán L. p, Córdoba L. L. Factores asociados a la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ese San Sebastián la Plata Huila 2009. ; 2011.

8. Romero Jares K, Munguia Garcia C, Galloso Aviles B, Fernandez Guillen J, Santamaria Vidaurre J. Encuesta demografica y de salud familiar 2025, nacional y departamental. Lima: Instituto Nacional de Informática y Estadística; 2025.

9. Lauro Marcoantonio RF, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. 2018; 79(2).

10. Hilario Cuyo MA. Factores que influyen en la adherencia al control prenatal en las gestantes que acuden al Centro de Salu Edificadores Misti, Julio a Setiembre del 2021. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2021.

11. Cutipa Mamami JS. Factores relacionados con el acceso a la atención pre natal en el Centro de Salud Metropolitano de la red salud Tacna – 2019. Universodad Nacikonal Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2021.

12. Vivanco Guamán K, Reyes Rueda E. Factores que influyen en el Control Prenatal. 2023; 8(8).

13. Guillen Calle BE, Santos Rosales YR, Campos Correa KE. Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que discontinuaron las visitas. Revista Cubana de medicina militar. 2024; 53(4).

14. López Quiñonez F, Obando Velasco , Rodriguez Lopez. Brechas en la investigación relacionadas con el acceso al control prenatal en Colombia. Rev. Fac. Med. 2021; 65(2).

15. Fernanda R. M, Rodrigo P. V. Factores asociados a la adherencia al control prenatal en gestantes atendidas en hospitales públicos de Santiago de Chile, 2023. Revista Internacional de salud Materno Fetal. 2024; 9(4).

16. Becerra C. LD, Garzón G. DM, Otálora Z. ML. Factores asociados a la no captación temprana al control prenatal en mujeres gestantes atendidas en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá para el Primer Trimestre del Año 2023. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; 2023.

17. Timoteo Barrantes PG. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020. Universidad Ricardo Palma, Lima; 2022.

18. Malásquez Rodriguez LM. Factores asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes, según encuesta demográfica y de Salud Familiar 2021. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.

19. Pinedo V. H. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Jesús, 2024. Cajamarca: Universidad nacional de Cajamarca; 2025.

20. Hilario Cuyo MA. Factores que influyen en la adherencia al control prenatal en las gestantes que acuden al Centro de Salud Edificadores Misti, Julio a Setiembre del 2021. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2021.

21. Apaza Maquera TS. Calidad de la atención prenatal en gestantes durante la pandemia Covid-19 en el Centro de Salud la Esperanza, TACNA - 2021. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2023.

22. Cutipa M. JS. Factores relacionados con el acceso a la atención pre natal en el Centro de Salud Metropolitano de la red salud Tacna – 2019. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2021.

23. Schwarcz R, Diaz A, Fescina R, Belitzky R. Reproductiva Materna Perinatal, Atención prenatal del parto de bajo riesgo obstétrico y puerperio. , 2da. Edición Santa fe. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 2011.

24. Rigol RO, Santisteban Alba S, Cutié León E, Cabezas Cruz E. Obstetricia y ginecología. 3rd ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.

25. Cáceres-Manrique FdM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 60(2): p. 165 - 170.

26. World B. Sustaining the Gains in Poverty Reduction and Human Development in the Middle East and North Africa. Washington, DC: World Bank. 2006.

27. Waldenfels H, Pflanz M, Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo. Revista Médica. 2009; 8(1): p. 61–69.

28. Centro de Salud la Esperanza. Atención Prenatal en el Centro de Salud La Esperanz. MINSA; 2020.

29. Oliva V. Factores Asociados al Inicio Tardío de la Atención Prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha enero a junio 2016. Universidad Científica del Perú; 2016.

30. Vera K, Sánchez I. Factores socio culturales y su relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Montalvo los Ríos primer semestre 2015. Universidad Técnica de Babahoyo; 2015.

31. NDMI. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. República Argentina. 2013.

32. MSP. Por una maternidad y nacimientos seguros 13 de octubre del 2015, de Ministerio de Salud Publica. 2015.

33. Sánchez M, Salado M. Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS. Colecciones Educativas en Salud Pública. 2020.

34. Fabre E, Orós D. Consulta Preconcepcional. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina Materno Fetal. Tratado de ginecología y obstetricia. 2014.

35. Aguilera p, Soothill M. Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014.

36. Martínez C, Parco E, Yalli A. Factores sociodemograficos que condicionan la sobrecarga en el cuidador primario del paciente pediátrico con leucemia en un instituto especializado – 2018. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermeria; 2018.

37. Marivel Cristobal F. Universidad científica del Perú facultad de ciencias de la Salud Carrera Profesional De Obstetricia título factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacocha Enero a Junio 2. Iquitos: Universidad Cientifica del Perú; 2016.

38. Clínica Universitaria de Navarra. Edad. España: Diccionario Medico; 2020.

39. Choquehuanca J. Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, junio a agosto, 2016. Universidad Católica de Santa Maria; 2017.

40. Hidalgo M, Padrino E, Romero B. Opinión de las gestantes acerca de la. ; 2012.

41. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Organización Mundial de la Salud. ; 2016.

42. Medlineplus. Edad gestacional. Medlineplus, información de la salud para usted. Publicado el 5 de enero 2021. Medlineplus; 2021.

43. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS. [Online].; 2020. Available from: https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development.

44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. Sexta Edición ed.; 2014.

# ANEXOS

ANEXO 1

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “FACTORES ASOCIADOS AL ACCESO EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA – TACNA, 2024”

<table>
<tr><th>PROBLEMA</th><th>OBJETIVOS</th><th>HIPÓTESIS</th><th>VARIABLES</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th><th>METODOLOGÍA</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Problema general<br><br>¿Qué factores están asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza - Tacna, 2024?</td><td rowspan="2">Objetivo general<br><br>Determinar los factores asociados al acceso en la atención pre natal en el Centro de Salud la Esperanza – Tacna, 2024.</td><td rowspan="4">Hipótesis<br><br>Hipótesis General<br><br>Los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.<br><br>Hipótesis Especificas:<br><br>Los factores sociodemográficos se asocian</td><td rowspan="3">Variable 1<br><br>Factores Asociados</td><td>Factores sociodemográficos</td><td>Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de procedencia</td><td rowspan="4">Tipo de investigación: Básica<br><br>Enfoque de investigación: Cuantitativo<br><br>Según el tiempo de extracción de información:<br><br>Prospectivo<br><br>Diseño de investigación:<br><br>No experimental de corte transversal<br><br>Población y muestra: cuestionario de las</td></tr>
<tr><td>Factores obstétricos</td><td>Numero de gestaciones, número de abortos, periodo intergenésico, tiempo de gestación, otros</td></tr>
<tr><td>Factores institucionales</td><td>Tiempo, trato profesional y infraestructura y equipamiento</td></tr>
<tr><td>Problemas específicos:<br><br>¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al acceso</td><td>Objetivos específicos:<br><br>Identificar los factores sociodemográficos asociados al acceso en la</td><td>Variable 2<br><br>Atención Prenatal</td><td>Atención Prenatal</td><td>Formas de uso</td></tr>
</table>

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024?<br><br>¿Cuáles son los factores obstétricos asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024?<br><br>¿Cuáles son los factores institucionales asociados al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna, 2024? | atención pre natal en el Centro de Salud la Esperanza – Tacna, 2024.<br><br>Determinar los factores obstétricos asociados al acceso en la atención pre natal en el Centro de Salud la Esperanza – Tacna, 2024.<br><br>Determinar los factores institucionales asociados al acceso en la atención pre natal en el Centro de Salud la Esperanza – Tacna, 2024. | significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.<br><br>Los factores obstétricos se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024.<br><br>Los factores institucionales se asocian significativamente al acceso en la atención prenatal en el Centro de Salud La Esperanza – Tacna,2024. | | | | gestantes del centro de salud la Esperanza<br><br>**Técnicas de recolección de datos:**<br><br>Investigación bibliográfica.<br><br>Cuestionario.<br><br>**Técnica de análisis de resultados:**<br><br>Estadística descriptiva e Inferencial. |

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES RELACIONADOS AL ACCESO DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN EL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA – TACNA, 2024

## Factores sociodemográficos

## 1.Edad:

**2. Grado de Instrucción: ¿Cuál es su nivel de Instrucción al momento del análisis documental?**

Sin estudios ( )
Primaria ( )
Secundaria ( )
Sup. Técnico ( )
Sup.universitario ( )

**3. Estado Civil: ¿Cuál es su estado civil?**

Soltera ( )
Casada ( )
Conviviente ( )
viuda ( )
divorciada ( )
separada ( )

**4.Lugar de Residencia: ¿Cuál es su lugar de Residencia?**

Urbano ( )
Rural ( )

## Factores obstétricos

1. Numero de gestaciones.
   1. Ninguno ( )
   2. Una gestación ( )
   3. Dos gestaciones ( )
   4. Tres gestaciones ( )
   5. 4 a más gestaciones ( )
2. Número de abortos.
   1. Ninguno ( )
   2. Un aborto ( )
   3. Dos abortos ( )
   4. Tres abortos ( )
   5. 4 a más abortos ( )
3. Periodo Intergenésico.

1. Corto ( ) (<12 meses)
2. Adecuado ( ) (entre 36 y 60 meses)
3. Largo ( ) (>60 meses)
4. No Aplica ( )

**4.** Tiempo de gestación.
1. I Trimestre ( )
2. II Trimestre ( )
3. III Trimestre ( )

**5.** Evaluación Pregestacional Por IMC.
1. Delgadez ( )
2. Normal ( )
3. Sobrepeso ( )
4. Obesidad ( )

**6.** Recibió consejería nutricional.
1. Si ( )
2. No ( )

**Atención prenatal**

**9. Gestantes que acude de 2 a más de 6 atenciones prenatales**

< 6 atenciones
≥ 6 atenciones

factores institucionales

1. Tiempo de Demora de la Atención
   - Eficiente
   - Deficiente
2. Trato de profesional
   - Muy bueno
   - Bueno
   - Regular
   - Malo
   - Muy malo
3. Infraestructura e equipamiento
   - Muy bueno
   - Bueno
   - Regular
   - Malo

# ANEXO 4
# VALIDACION DE INSTRUMENTOS

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS**

| | CLARIDAD | | OBJETIVIDAD | | CONSISTENCIA | | COHERENCIA | | PERTINENCIA | | SUFICIENCIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° de Ítem | Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión | | Están expresados en conductas observables, medibles. | | Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría | | Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable | | La categoría de respuestas y sus valores son apropiados | | Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento | | OBSERVACIONES |
| | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 2 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 3 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 4 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 5 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 6 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 7 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 8 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 9 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 10 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 11 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 12 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 13 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 14 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

Firma del experto
DNI: 00448206

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

| | CLARIDAD | | OBJETIVIDAD | | CONSISTENCIA | | COHERENCIA | | PERTINENCIA | | SUFICIENCIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° de ítem | Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión | | Están expresados en conductas observables, medibles. | | Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría | | Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable | | La categoría de respuestas y sus valores son apropiados | | Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento | | OBSERVACIONES |
| | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 2 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 3 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 4 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 5 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 6 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 7 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 8 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 9 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 10 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 11 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 12 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 13 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 14 | X | | X | | X | | X | | X | | X | | |

Firma del experto
DNI: 00493579

## VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

| N° de Ítem | CLARIDAD | | OBJETIVIDAD | | CONSISTENCIA | | COHERENCIA | | PERTINENCIA | | SUFICIENCIA | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión | | Están expresados en conductas observables, medibles. | | Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría | | Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable | | La categoría de respuestas y sus valores son apropiados | | Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento | | |
| | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 11 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 12 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 13 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 14 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

Dirección Regional Salud Tacna
Centro De Salud METROPOLITANO

**Firma del experto**

MIRIAM DEL CARMEN ASCUÑA BELLIDO
**DNI:** 05 [illegible] 18
C.O.P.O.B.S 016444