

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL
PRENATAL EN GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE
SALUD DEL PRIMER NIVEL - MINSA, CUSCO, 2026**

PRESENTADO POR:

Br. EDU JEAMPIER QUINTANA PEÑA

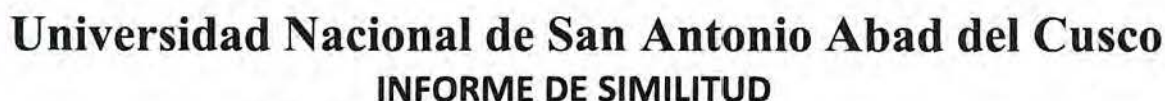
**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

Dr. GILDER ALFREDO ZEVALLOS RODRÍGUEZ

CUSCO - PERÚ

2026



El que suscribe, el **Asesor** GILDER ALFREDO ZEVALLOS RODRIGUEZ
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS A LA
..... OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES USUARIAS
..... DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL - MINSA
..... CUSCO, 2026

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por2..... veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de3.....%.

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Lev.	

Cusco, 9 de JUNIO de 2026

Dr. Gildera Zevallos Rodríguez
CINCO CES-CESTEIRA
Calle: 495 TEL: 28752
CENTRAL DE LA ALMA LINDA

Firma

Post firma..... GILDERA ZEVALLOS RODRIGUEZ

Nro. de DNI..... 40499883

ID del Asesor..... 0000-0001-6105-0819

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.

2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:598685267

EDU JEAMPIER QUINTANA PEÑA

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE S...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:598685267

107 páginas

Fecha de entrega

9 jun 2026, 6:09 a.m. GMT-5

24.515 palabras

Fecha de descarga

9 jun 2026, 6:19 a.m. GMT-5

142.296 caracteres

Nombre del archivo

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES USUARIAS D....pdf

Tamaño del archivo

2.9 MB


D. Omar Zavala Kauriguez
Ginecologo Obstetra
C.M.P. 45515 RNE: 28782
HOSPITAL NACIONAL AGUILO BLANCA VELASCO

3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 3% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dr. Gildar Zavañes Rodríguez
GINECOLOGO GINECOLOGO
CMP 146515 RNE: 28762
HOSPITAL NACIONAL ADOLFO QUEVEDO VELASCO

AGRADECIMIENTOS

A mi querida abuela, que hoy descansa en el cielo, por su cariño y sus enseñanzas. Aunque no pudo verme culminar este sueño, su voluntad se expresó, inclusive, en la etapa más decisiva de este proceso.

A mis padres Fernando y Dina, y mi hermano Santiago, por su amor, su esfuerzo y sacrificio constante, por apoyarme en cada decisión y por sostenerme incluso en los momentos más difíciles. Este logro lleva vuestros nombres.

A mis tíos y primos, por confiar en mí, por estar presentes en los momentos difíciles y por celebrar conmigo este logro que también les pertenece.

A mis amigos, que me acompañaron en el camino para hacer posible mi formación profesional.

A mi asesor y jurado, por ser mentores y ayudarme a concluir satisfactoriamente esta parte final de la formación académica en pregrado.

Finalmente, agradezco a la universidad, por brindarme la oportunidad de formarme en sus aulas universitarias, adquirir los conocimientos y valores necesarios para mi desarrollo profesional, y prepararme para servir con responsabilidad y compromiso a la sociedad.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	III
RESUMEN	IV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Fundamentación del problema.....	1
1.2. Antecedentes teóricos.....	3
1.3. Formulación del problema de investigación	10
1.3.1. Problema general	10
1.3.2. Problemas específicos	11
1.4 Objetivos de la investigación.....	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos.....	11
1.5. Justificación de la investigación	12
1.6. Limitaciones de la investigación.....	13
1.7. Aspectos éticos	14
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	15
2.1. Marco teórico	15
2.2. Definición de términos básicos	29
2.3. Hipótesis	30
2.3.1. Hipótesis general.....	30
2.3.2. Hipótesis específicas.....	30
2.4. Variables	30
2.5. Definiciones operacionales	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1. Tipo de investigación	37
3.2. Diseño de investigación	37
3.3. Población y muestra	38
3.3.1. Descripción de la población.....	38
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	39
3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo.....	39
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	41
3.4.1. Técnicas	41
3.4.2. Instrumentos.....	41

3.5. Plan de análisis de datos	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	45
4.1. Resultados	45
4.2. Discusión	50
4.3. Conclusiones	66
4.4. Sugerencias	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75
ANEXO 1.- Matriz de consistencia	75
ANEXO 2.- Instrumento de investigación	77
ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación	96
ANEXO 5.- Consentimiento informado de participación	98
ANEXO 6.- Autorizaciones para recolección de datos	99

INTRODUCCIÓN

El control prenatal representa un componente fundamental en el cuidado de la salud materno fetal, ya que permite la detección oportuna de condiciones de riesgo, el seguimiento adecuado de la gestación y el manejo precoz de posibles complicaciones. Dentro de este proceso, la oportunidad del control prenatal, definida como el inicio temprano y la continuidad de las atenciones según la norma establecida, representa un indicador crítico de estándares de atención en salud.

En el contexto mundial, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que el acceso oportuno al control prenatal reduce significativamente la morbilidad materna y perinatal. En América Latina, múltiples estudios evidencian que un porcentaje considerable de gestantes inicia tardíamente sus controles o no cumple con la secuencia recomendada, lo que se relaciona con un incremento en la probabilidad de desenlaces materno-perinatales desfavorables, incluyendo parto pretérmino, bajo peso al nacimiento y distintas complicaciones obstétricas.

Dentro del Perú, el Ministerio de Salud formuló lineamientos técnicos orientados a definir el momento adecuado para cada control prenatal, priorizando el inicio en el primer trimestre y una periodicidad acorde al riesgo obstétrico. Sin embargo, la evidencia nacional muestra que una proporción relevante de gestantes no accede a estos servicios oportunamente. Esta situación responde a una interacción compleja de factores sociodemográficos, obstétricos, personales e institucionales.

En el contexto local, los establecimientos del primer nivel de atención, Belemppampa y San Jerónimo, cumplen un rol fundamental en la captación temprana de gestantes. No obstante, presentan dificultades en la organización del servicio de salud, tiempos de espera, el desempeño del personal y la disponibilidad de insumos, los cuales se asocian con la oportunidad del control prenatal.

Por esta razón, la presente investigación tuvo por finalidad identificar los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes atendidas en dichos establecimientos durante el periodo marzo - mayo del año 2026. Los hallazgos obtenidos permiten orientar intervenciones dirigidas a mejorar la calidad y oportunidad de la atención prenatal en el primer nivel, contribuyendo así al fortalecimiento del sistema de salud materna.

RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL- MINSA, CUSCO, 2026

Objetivo: Determinar los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de dos centros de salud del primer nivel del MINSA, Cusco, 2026.

Métodos: Estudio observacional, analítico de corte transversal. Se incluyó una muestra de 252 gestantes. Se evaluaron variables sociodemográficas, obstétricas, personales e institucionales. El procesamiento estadístico de las variables incluyó un análisis descriptivo, seguido de un análisis bivariado utilizando la prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher, estimación del odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Posteriormente, se realizó regresión logística binaria para el modelo multivariado.

Resultados: El embarazo planificado se asoció significativamente con una mayor probabilidad de control prenatal oportuno, comportándose como factor protector. En contraste, un tiempo de espera mayor a 60 minutos se asoció con mayor probabilidad de control prenatal no oportuno. Las variables sociodemográficas y la mayoría de factores obstétricos y personales no mostraron asociación estadísticamente significativa, aunque algunas evidenciaron tendencias.

Conclusiones: La oportunidad del control prenatal estuvo influenciada principalmente por factores institucionales y personales. El embarazo planificado se identificó como factor asociado a menor probabilidad de control prenatal no oportuno mientras que, el tiempo de espera mayor a 60 minutos constituyó un factor predisponente con la no oportunidad. Se recomienda optimizar la organización del establecimiento de salud y los programas de planificación familiar para mejorar el acceso oportuno al control prenatal.

Palabras clave: Control prenatal, Oportunidad, Factores asociados, Gestantes, Atención primaria.

ABSTRACT

**FACTORS ASSOCIATED WITH THE TIMELINESS OF PRENATAL CARE
AMONG PREGNANT WOMEN ATTENDING TWO FIRST-LEVEL MINSA
HEALTH CENTERS, CUSCO, 2026**

Objective: To determine the factors associated with the timeliness of prenatal care among pregnant women attending two first-level MINSA health centers in Cusco, 2026.

Methods: An observational, analytical, cross-sectional study was conducted. A sample of 252 pregnant women was included. Sociodemographic, obstetric, personal, and institutional variables were assessed. Statistical processing of the variables included a descriptive analysis, followed by a bivariate analysis using the chi-square test or Fisher's exact test, with estimation of odds ratios (ORs) and their corresponding 95% confidence intervals. Subsequently, binary logistic regression was performed for the multivariate model.

Results: Pregnancy planning was significantly related to an increased probability of receiving timely prenatal care, showing an inverse association with non-timely prenatal care. In contrast, a waiting time longer than 60 minutes was associated with a greater likelihood of non-timely prenatal care. Sociodemographic variables and most obstetric and personal factors did not show statistically significant associations, although some demonstrated trends toward association.

Conclusions: Timeliness of prenatal care was mainly influenced by institutional and personal factors. Planned pregnancy was identified as a protective factor, while prolonged waiting time was a risk factor. Strengthening health service organization and family planning strategies is recommended.

Keywords: Prenatal care, Timeliness, Associated factors, Pregnant women, Primary health care.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

El control prenatal (CPN) se define como la vigilancia y evaluación del binomio madre-feto durante el embarazo. Busca prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que condicionen morbilidad materna y perinatal (1). El número mínimo de CPNs recomendado por la OMS es 8. Esta cantidad consigue disminuir las muertes perinatales a 8 por cada 1000 nacidos vivos (n.v) (2).

Los controles prenatales incompletos están relacionados a diversas limitaciones entre ellas la inaccesibilidad a servicios de salud por motivos geográficos, económicos y administrativos; también se incluyen factores personales y familiares como el embarazo no deseado, consumo de alcohol, hábito tabáquico, falta de apoyo familiar y grado de instrucción bajo (3,4).

Los países industriales tienen como política de estado el control prenatal. Sin embargo, el acceso a la salud es costoso. En los Estados Unidos, del 2020 al 2021, 1 de cada 50 gestantes (2.1%) tenían atenciones prenatales incompletos, cifra que incrementó por el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19 (5). En el 2022, 1 de cada 15 neonatos, nació de una mujer con CPNs inoportunos o ausentes (6) lo que sobrecargó el sistema de salud que atendió a las gestantes.

En cuanto a América Latina y el Caribe, la región no alcanzó las metas de salud materna, a pesar de los esfuerzos orientados a reducirla. La pandemia por SARS-CoV-2 provocó e incrementó la inasistencia de las gestantes a sus CPNs (4). La tasa de mortalidad materna en la región se incrementó en un 15% entre 2016 y 2020; y en el 2022 dicha razón fue de 68 por cada 100 000 n.v. Ante esta problemática, la OPS y otras agencias buscan comprometer a los países a tomar medidas para alcanzar una ambiciosa meta al 2030 de menos de 30 muertes maternas por cada 100 000 n.v (7).

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) establece como mínimo 6 atenciones prenatales para reducir la tasa de mortalidad materno perinatal (1).

Al cierre del 2019, una por cada 25 mujeres embarazadas contaban con menos de 4 atenciones prenatales (8). De acuerdo a la investigación estadística del INEI, ENDES-2023, un 13,3% de gestantes entre 15 y 49 años no recibieron mínimamente seis atenciones prenatales durante su embarazo. Los controles prenatales incompletos aumentan el riesgo de muertes maternas (MMs) es así que al cierre de la décimo octava semana del boletín epidemiológico nacional, el país registraba 91 MMs, de las cuales el 14% ocurrieron en la capital (9).

El documento técnico de Salud Materna del ente rector de salud establece como prioridad, realizar controles prenatales a lo largo del embarazo, cada uno con objetivos específicos según la edad gestacional (1):

- 1° CPN (menor a semana 14), se enfoca principalmente en la verificación del estado gestacional, la búsqueda de criterios de alarma y el inicio en la administración de ácido fólico.
- 2° CPN (semana 14-21), estima la edad gestacional además inicia con la administración de hierro.
- 3° CPN (semana 22-24), durante el cual se realiza la valoración del líquido amniótico y se administra la vacuna antitetánica.
- 4° CPN (semana 25-32), se orienta en la presentación/situación fetal y en el diagnóstico de diabetes gestacional.
- 5° CPN (semana 33-36), el cuál evalúa el bienestar fetal y solicita el perfil de coagulación.
- 6° CPN (semana 37-40), examina la relación feto-pelvis y fomenta control puerperal.

Para el año 2023, el Perú redujo 10% de la incidencia de mortalidad materna en relación al año anterior, por lo que se evidencia que los CPNs son importantes para evitar complicaciones maternas y generar un impacto positivo en la mortalidad perinatal (2)(9).

La inasistencia a los CPNs sigue siendo una brecha socio-sanitaria en el Cusco. En el 2022 se reportaron 10 muertes maternas, 7 directas y 3 indirectas, acontecimientos que se pudieron evitar con CPNs completos y oportunos. Esta cantidad de fallecimientos constituyen, ciertamente, la razón de mortalidad de 50.4 x 100,000 n.v. en nuestra región (8).

Los establecimientos de salud del MINSA de categoría I – 4, como el Centro de Salud de Belepampa y San Jerónimo, brindan atención médica integral ambulatoria enfocada en los controles prenatales de las gestantes usuarias del establecimiento de salud. En el año 2020, solo 52% de las gestantes usuarias del Centro de salud de Belepampa tenían CPNs completos, correspondiendo a la cifra más baja de los últimos 5 años que posiblemente se relacione con la pandemia por COVID-19. En el 2023 y hasta mayo del 2024 se registró 92% y 98% de gestantes con controles prenatales completos respectivamente (11).

En el Centro de salud de San Jerónimo, durante el año 2020 tan solo 6% de las gestantes tenían CPNs completos, 22% en el 2021, 35% en el 2022, 38% en el 2023 y 37% de CPNs completos hasta mayo del 2024, si bien el porcentaje de CPNs completos va en aumento, aún sigue siendo cifras notoriamente bajas en comparación con el Centro de salud de Belepampa (11).

En el presente estudio, la oportunidad del control prenatal es entendido como la realización del control prenatal de manera temporalmente adecuada durante la gestación, considerando tres criterios: inicio del primer control prenatal antes de las 14 semanas, cumplimiento de por lo menos seis atenciones prenatales y distribución de dichos controles conforme a los intervalos establecidos por la normativa del Ministerio de Salud del Perú.

Por lo expuesto anteriormente y por la limitada evidencia disponible en el primer nivel de atención, el presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores asociados a la oportunidad de los controles prenatales en gestantes atendidas en los Centros de Salud Belepampa y San Jerónimo durante el periodo marzo – mayo de 2026, por ser establecimientos del primer nivel de atención del MINSA en la provincia del Cusco (11).

1.2. Antecedentes teóricos

Poemape-Aguirre et al. (Perú – 2024). Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas. *Objetivo:* determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la cobertura inadecuada de la atención prenatal en

mujeres peruanas utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022.

Materiales y métodos: estudio observacional analítico de corte transversal basado en análisis secundario de la ENDES 2022. La muestra estuvo conformada por 18 574 mujeres peruanas en edad fértil que tuvieron un parto en los cinco años previos a la encuesta. ***Resultados:*** la cobertura inadecuada de atención prenatal se asoció principalmente con ausencia de educación (RPa=1.44), educación secundaria (RPa=1.11), embarazo no planificado (RPa=1.09), multiparidad (RPa=1.09), gran multiparidad (RPa=1.28) y ausencia de inicio temprano del control prenatal (RPa=2.59). Asimismo, las mujeres residentes en zonas rurales mostraron menor probabilidad de cobertura prenatal inadecuada (RPa=0.86).

Conclusiones: diversos factores sociodemográficos y obstétricos influyen en la cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas, destacando el nivel educativo, la planificación del embarazo, la paridad y el inicio oportuno de los controles prenatales (12).

Thakkar N, Alam P, Saxena D. (India – 2023). Factores asociados con la subutilización de la atención prenatal en India: resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2019-2021. ***Objetivo:*** explorar factores relacionados con la subutilización de la atención prenatal en la India.

Materiales y métodos: se consideraron los registros del último nacimiento vivo ocurrido en los últimos cinco años en mujeres de 15 a 49 años (n = 172,702). El indicador principal fue "consultas prenatales adecuadas", definido como cuatro o más visitas. Se usó modelos de regresión logística binaria, tanto univariados como multivariados para examinar la relación entre estas variables explicativas y la adecuación de las visitas prenatales. ***Resultados:*** de las 172,702 mujeres en la muestra, el 40.75% tuvo consultas prenatales insuficientes. El análisis multivariado indicó que mujeres con menor educación [OR=1.76, IC95% (1.65-1.88)], hogares de bajos ingresos [OR=1.69, IC95% (1.57-1.81)], ubicadas en zonas rurales [OR=1.12, IC95% (1.06-1.18)], orden de nacimiento [OR=2.43, IC95% (2.06-2.69)] y no intención de embarazo [OR=1.12, IC95% (1.15-1.28)] son factores de riesgo para subutilización de control prenatal.

Conclusiones: en India, los resultados de este estudio evidenciaron que el 59,3% de las gestantes cuenta con cuatro o más controles prenatales. Asimismo, se destaca la necesidad de fortalecer el empoderamiento de las mujeres embarazadas y optimizar su acceso a los servicios de salud, especialmente en quienes viven en zonas rurales, provienen de hogares en extrema pobreza y tienen bajo nivel educativo, ya que estos fueron los principales factores de riesgo identificados (13).

Londoño P, Ibáñez L, Valencia W, et al. (Cauca, Colombia – 2022). Frecuencia y factores asociados de la no adherencia a la atención prenatal en gestantes de 35 años y más en Cauca, Colombia, 2016-2018. *Objetivo:* determinar la prevalencia y las variables vinculadas con el incumplimiento del seguimiento prenatal en gestantes de 35 años a más en un departamento de Colombia, durante el período 2016–2018.

Materiales y métodos: investigación observacional, descriptiva y transversal, se revisó registros en mujeres en estado grávido entre 35 y 41 años inscritas en la Asociación Indígena del Cauca Organización Gestora del Plan de Prestaciones de Salud, y que estuvieron afiliadas en la estrategia de atención prenatal durante el período 2016 a 2018. No se incluyeron registros duplicados e incompletos. Además, estudiaron los factores sociodemográficos y clínicos, así como las conclusiones del programa, utilizando estadística descriptiva.

Resultados: se observó una frecuencia de 61,3 % de no adherencia al menos de seis visitas prenatales. Además, se encontró que residir en área rural [OR=1.50, IC95% (1.02-2.1)] y tener 5 o más embarazos [OR=3.22, IC95% (1.50-6.91)] se asoció al no cumplimiento de controles prenatales, mientras que el antecedente de aborto [OR=0.54, IC95% (0.39-0.75)] y tener múltiples oficios [OR=0.42, IC95% (0.18-0.99)] fueron factores de protección.

Conclusiones: la falta de cumplimiento en este grupo de gestantes es elevado. Se requieren estudios complementarios orientadas a evaluar la influencia de aspectos socioculturales relacionados con el cumplimiento del control prenatal(14).

Osawa E, Kodama T (Japón – 2021). Características socioambientales regionales asociadas con una atención prenatal inadecuada durante el

embarazo: un estudio ecológico de 47 prefecturas en Japón. *Objetivo*: valorar en qué medida se relacionan las variables socioambientales locales con la utilización inadecuada de la atención prenatal en ese país.

Materiales y métodos: investigación tipo ecológica donde se incluyeron 47 prefecturas en Japón utilizando datos públicos disponibles. Las variables dependientes fueron el uso inadecuado del control prenatal definido como gestantes que no realizaron visitas prenatales hasta las 28 semanas o no asistieron en absoluto antes del parto). Las variables independientes incluyeron datos socioeconómicos como empleo, educación y salud. Se efectuó un modelo de regresión logística múltiple con la finalidad de evaluar la asociación entre diversos factores. *Resultados*: los factores que demostraron asociación con la utilización no adecuada del control prenatal son altas tasas de divorcio [OR=10.59, IC95% (1.22-92.25)] y alto porcentaje de inscripción en la escuela secundaria [OR=2.67, IC95% (1.26-5.70)].

Conclusiones: Este análisis ecológico mostró cómo un inadecuado uso del control prenatal es más prevalente en entornos urbanos con una mayor proporción de población no japonesa y una menor matriculación educativa (15).

Abera E, Azanaw J, Tadesse T, Endalew M. (Etiopía - 2021). Prevalencia y variables vinculadas al retraso en la atención prenatal de instituciones sanitarias en Gondar, Etiopía: un estudio transversal. *Objetivo*: estimar en qué proporción ocurren los retrasos en las visitas de atención prenatal y determinar qué variables están relacionadas con ese resultado en gestantes de un centro asistencial en Gondar (Etiopía).

Materiales y métodos: estudio transversal de base institucional entre el 20 de agosto y el 15 de septiembre de 2021. Mediante la aplicación del muestreo probabilístico se eligieron 392 mujeres. Estos datos fueron recopilados mediante una entrevista presencial y cuestionario. Se realizaron estadísticas descriptivas y se usó el modelo estadístico logístico multivariable. *Resultados*: en el estudio participaron un total de 392 participantes con una tasa de respuesta del 98%. Los encuestados tuvieron en promedio 29 años $\pm$ 6.5 (DE) años. Las variables relacionadas significativamente a la demora en la atención prenatal fueron edad entre 31 y 34 años [OR=0.51, IC95% (0.28-0.93)], tipos

de centros de salud [OR=2.02, IC95% (1.12-3.64)] y satisfacción con el servicio de salud [OR=3.23, IC95% (2.02-5.16)].

Conclusiones: la proporción de gestante que demoran en iniciar el control prenatal fue del 63,8%. Entre las variables que se relacionaron con las demoras en el control prenatal destacaron la edad entre 31 y 34 años, la inclinación por acudir a hospitales y el grado de conformidad con la atención brindada (16).

Tola W, Negash E, Sileshi T, et al. (Etiopía – 2021). Factores asociados con el inicio tardío de la atención prenatal entre gestantes de Ilu Ababor, suroeste de Etiopía: resultados de un estudio transversal. *Objetivo:* identificar causas relacionadas y la presencia de un comienzo retrasado del seguimiento prenatal en mujeres embarazadas que acuden a establecimientos públicos de salud en Ilu Ababor.

Materiales y métodos: estudio transversal. Se incluyó a 389 gestantes que acudían a consultas prenatales en doce establecimientos de salud elegidos de manera aleatoria. Para la selección de las participantes se utilizó un método de muestreo sistemático. Se utilizaron cuestionarios preaprobados y estructurados para recopilar datos. La información fue incorporada a un programa estadístico con el fin de realizar su análisis posterior. Se consideró a aquellas gestantes que iniciaron los controles prenatales una vez superadas las 12 semanas de gestación y se clasificaron como reservadas tardíamente. *Resultados:* En este estudio, 277 (71,2 %) de las participantes programaron su primera visita de atención prenatal (APN) tardíamente. Los factores que tuvieron mayor probabilidad de programar atención prenatal tardíamente fueron el tamaño familiar ≥ 4 integrantes (OR=2.25, IC95% 1.07–4.74), edad materna mayor o igual a 25 años (OR=2.30, IC95% 1.02–5.18), percibir que el momento adecuado para asistir a la APN es a partir de 12 semanas de gestación [OR=2.39, IC95% (1.13–5.04)], la no incorporación al programa de desarrollo de salud materna (OR=2.35, IC95 % 1.09–5.07) además de no haber asistido a consultas prenatales previas (OR=3.32, IC95 % 1.17–9.42).

Conclusiones: El retraso en el inicio del control prenatal se ve influenciado por variables como la edad de la madre, el número de integrantes del hogar, la ausencia de experiencias previas con atención prenatal, la no vinculación a

programas de desarrollo y la percepción personal sobre cuándo es apropiado acudir a la primera consulta (17).

Samías S, Stanikzai H, Wasiq W, Sayam H. (Afganistán - 2020). Factores asociados con el inicio tardío de la atención prenatal (APN) en mujeres embarazadas que acuden a un centro de atención integral de salud en la provincia de Kandahar, Afganistán. *Objetivo:* examinar las variables que influyen sobre el inicio fuera de tiempo de la atención prenatal entre las mujeres embarazadas que reciben atención sanitaria en Kandahar.

Materiales y métodos: durante el año 2020 se desarrolló una investigación de corte transversal. Se incluyeron gestantes que aceptaron participar en su primera consulta prenatal, mientras que se excluyó a quienes ya habían recibido atención en otro establecimiento de salud. La muestra estuvo conformada por 420 mujeres, quienes fueron entrevistadas de manera directa mediante un cuestionario estructurado. Para el análisis de datos se emplearon modelos de regresión logística tanto bivariados como multivariados. *Resultados:* de las 420 gestantes evaluadas, casi el 70% comenzó la atención prenatal después del tercer mes de gestación. El análisis multivariado reveló que la falta de conocimiento respecto al momento adecuado para iniciar el control prenatal (OR=4.82, IC95% 2.63-8.84), no tener atención prenatal previa [OR=17.56, IC95% (5.89-52.3)] y embarazo no deseado [OR=3.07, IC95% (1.72-5.5)] evidenciaron una relación estadísticamente significativa con una menor oportunidad en el inicio de la atención prenatal.

Conclusiones: El comienzo inoportuno del control prenatal en Afganistán es una problemática relacionado con la falta de conocimiento, embarazos no planificados y la ausencia de consultas prenatales previas (18).

Somé A, Baguiya A, Coulibaly A, et al. (Burkina Faso - 2020). Prevalencia y factores asociados con la visita tardía de atención prenatal en el distrito sanitario de Kaya, Burkina Faso. *Objetivo:* estimar la prevalencia del inicio inoportuno respecto a la primera consulta en mujeres de Kaya y determinar las variables asociadas a este retraso.

Materiales y métodos: se realizó un diseño observacional de corte transversal, sustentado en el análisis de datos secundarios recolectados desde el 1 de

febrero de 2013 y el 31 de enero de 2014. Este diseño permitió estimar la frecuencia y los factores vinculados a la primera consulta prenatal tardía de mujeres en edad fértil residentes en el área de Kaya HDSS, utilizando herramientas estadísticas. *Resultados:* La proporción de gestantes que iniciaron tardíamente la primera atención prenatal alcanzó el 62,93%. El modelo multivariado evidenció que la multiparidad [OR=1.72, IC95% (1.03-2.89)], edad ≥ 25 años [OR=1.77, IC95% (1.25-2.52)], falta de educación [OR=2.72, IC95% (1.50-4.91)] y nivel económico muy limitado [OR=2.89, IC95% (1.74-4.78)] se asociaron de manera significativa con este inicio retrasado.

Conclusiones: este estudio pone en evidencia que fortalecer la educación en salud, promover la participación de la comunidad y garantizar servicios gratuitos para madres e hijos son acciones clave para disminuir el porcentaje de gestantes que iniciaron tardíamente la primera atención prenatal en ese contexto (19).

Gedion A, Bulcha A. (Etiopía – 2019). Demora en el inicio del control prenatal y sus factores relacionados en gestantes que acuden a servicios de atención prenatal en la ciudad de Boditi, al sur de Etiopía, en 2019. *Objetivo:* Determinar la proporción del retraso en iniciar la atención prenatal y analizar las variables vinculados a este problema en mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud en la ciudad de Boditi, durante el año 2019.

Materiales y métodos: diseño transversal. La muestra se obtuvo a través de un procedimiento aleatorio sistemático, seleccionándose 283 pacientes embarazadas usuarias del programa de control prenatal del Centro de Salud Boditi, durante el tiempo comprendido desde el 1 hasta el 30 de abril de 2019. *Resultados:* De los encuestados que proporcionaron una respuesta completa, 172 (62%) se retrasaron en su primera visita de APN. Las mujeres que vivían en áreas urbanas y aquellas cuyos esposos eran empleados privados mostraron una asociación negativa con la variable de resultado, mientras que aquellas con esposos agricultores [OR=5.03, IC95% (1.29-19.6)], las que tomaban decisiones junto con sus esposos [OR=2.80, IC95% (1.14-6.86)] y aquellas que consideraban el momento adecuado para iniciar la primera APN después de las 16 semanas del último periodo menstrual normal [OR=2.28,

IC95% (1.00-5.21)] fueron predictores positivamente asociados al retraso en la primera visita de APN.

Conclusiones: factores como la residencia, la ocupación del esposo y el conocimiento sobre el momento adecuado para iniciar el cuidado prenatal se asocian a un retraso significativo en la primera consulta prenatal (20).

Quijaite Masías T, Valverde Espinoza N. (Perú - 2019). Determinantes relacionados con el comienzo retrasado del control prenatal en un establecimiento de salud del Callao, Perú. *Objetivo:* analizar los determinantes vinculados al inicio tardío de la atención prenatal en el Callao.

Materiales y métodos: estudio de enfoque observacional, analítico y transversal, llevado a cabo en el Centro de Salud Alta Mar, en el Callao (Perú), entre septiembre y noviembre de 2019. Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por 149 mujeres embarazadas, a quienes se aplicó un instrumento previamente validado. *Resultados:* el análisis bivariado mostró que presentar antecedente de violencia [OR=2.3, IC95% (1.1-4.9)] se asoció con la variable resultado mientras que, factores sociodemográficos e institucionales no mostraron asociación significativa. No obstante, en el análisis multivariado, factores individuales como, la falta de apoyo por parte de la pareja [OR=2.7, IC95% (1.2-6.1)] y que la gestación no haya sido planificada [OR=5.6, IC95% (2.2-14.3)], mostraron relación con el comienzo tardío del control prenatal.

Conclusiones: la falta de interés de la pareja y la gestación no planificada se identificaron como determinantes del inicio retrasado del control prenatal, incrementando la probabilidad de que el desenlace ocurra (21).

1.3. Formulación del problema de investigación

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de dos Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociadas a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociadas a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?
- ¿Cuáles son los factores personales asociadas a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de Centros de los Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?
- ¿Cuáles son los factores institucionales asociadas a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar cuáles son los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de dos Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.
- Definir los factores obstétricos asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.
- Determinar los factores personales asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.

- Distinguir los factores institucionales asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.

1.5. Justificación de la investigación

Trascendencia

Según la Resolución Ministerial N° 184-2024-MINSA, la Salud Materna que a su vez comprende los controles prenatales, asistencia durante el parto y el cuidado posparto, forma parte de las Prioridades Sanitarias en el país al 2030 (22). Así mismo, el Gobierno Regional del Cusco a través del Plan Estratégico Institucional 2024-2027 establece que el “Servicio de atención integral materna y neonatal en el departamento del Cusco” es un objetivo estratégico institucional (OEI) que tiene como indicador al porcentaje de mujeres embarazadas con un número mayor de 6 atenciones prenatales registrados en el año (23).

En base a lo expuesto, resulta pertinente analizar los factores vinculados a la oportunidad de los controles prenatales en gestantes de la ciudad del Cusco. El estudio, se desarrolló en los Centros de Salud de Belempampa y San Jerónimo, teniendo como objetivo identificar factores obstétricos, sociodemográficos, personales e institucionales (24), orientado a identificar nodos críticos en el control prenatal de los centros de salud antes mencionados.

Aporte de conocimiento

Si bien existen estudios que abordan factores asociados al uso de los controles prenatales, la mayoría se centra en la adherencia o en el número de controles realizados. En contraste, son limitados los estudios que evalúan específicamente la oportunidad del control prenatal, entendida como el inicio temprano, la frecuencia adecuada y su distribución durante la gestación.

A nivel local, la evidencia es aún más restringida, especialmente en establecimientos del primer nivel de atención en la ciudad del Cusco, donde variables institucionales como accesibilidad, tiempo de espera y calidad de atención podrían desempeñar un rol importante. Por ello, el presente estudio

contribuye a llenar este vacío de conocimiento, generando evidencia contextualizada y aplicable a la realidad regional.

Rigor científico

El presente estudio corresponde a un diseño observacional, analítico de corte transversal, que permite identificar asociaciones entre diversos factores (obstétricos, sociodemográficos, personales e institucionales) y la oportunidad del control prenatal en gestantes que acuden a los Centros de Salud Belepampa y San Jerónimo.

Salud pública

La Norma Técnica de Salud para Atención Integral de Salud Materna conceptualiza como gestante controlada o reenfocada a la mujer grávida con más de seis atenciones prenatales y además haber recibido el paquete mínimo de control prenatal (1). Para este objetivo, en el año 2015 la República destinó S/ 284 millones de soles del presupuesto nacional y en el año 2022, S/ 363 millones de soles (25), es decir una cuarta parte más en comparación al 2015. Nótese la gran cantidad de dinero dirigido a prevenir riesgos y propiciar controles prenatales oportunos y de calidad. Por lo tanto, un control prenatal adecuado y oportuno reducirá los gastos institucionales y en la familia al prevenir complicaciones y evitar muertes maternas.

1.6. Limitaciones de la investigación

Teniendo en cuenta que el presente estudio es del tipo transversal, podemos determinar algunos factores asociados a controles prenatales inoportunos, pero no podríamos realizar inferencias o extrapolaciones de tipo causal.

Durante la recolección de datos existieron cartillas de control prenatal incompletas o poco legibles.

Posible rechazo por parte de las gestantes a ser entrevistadas.

Si bien ambos establecimientos de salud son de nivel I – 4, no cuenta con la misma cantidad de personal asistencial y administrativo, lo que podría generar sobrestimaciones positivas o negativas respecto a las variables de interés en el presente estudio.

1.7. Aspectos éticos

El desarrollo del presente trabajo se realizó respetando los principios éticos básicos suscritos en las Declaraciones de Helsinki, Belmont y Código de Núremberg que establece velar por el bienestar, los derechos y el respeto por los principios de beneficencia y justicia garantizando la confidencialidad de la información y el respeto por la autonomía de los participantes.

Finalmente, la información obtenida se mantuvo en todo momento bajo confidencialidad y anonimato. Los resultados del estudio tiene íntegramente fines de investigación descartando de plano cualquier tipo de conflictos de intereses o de terceros (26,27).

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Control prenatal

Esta intervención sanitaria constituye un espacio de interacción continua entre la gestante, su pareja y los profesionales de salud, que buscan ofrecer orientación e información que promuevan el desarrollo de conocimientos, la incorporación de hábitos saludables y la toma de decisiones conscientes a lo largo de la gestación, el parto, posparto y la atención del recién nacido (28). Estas atenciones facilitan la detección precoz de complicaciones y signos de alerta, a la vez que fortalecen el autocuidado y la participación activa de la familia, contribuyendo a que el parto se desarrolle en condiciones óptimas (29).

La finalidad en realizar controles prenatales en las gestantes es el diagnóstico oportuno de las condiciones materno fetales y delimitar las variables susceptibles que puedan complicar la gestación y la crianza (30).

2.1.2. Importancia del control prenatal

La muerte materna es reflejo del fallo de un sistema de salud con carencias de profesionales sanitarios y de recursos económicos necesarios. Las complicaciones presentadas durante el embarazo o al momento del parto representan una de las principales determinantes de mortalidad materna., la mayoría de estas prevenibles o tratables. Un factor importante para disminuir estas cifras de mortalidad es un adecuado control prenatal (31). La OMS recomienda un nuevo modelo de atención prenatal que incrementa el número de atenciones prenatales de 4 a 8. Esto se respalda en evidencia que demuestra que un mayor número de controles prenatales se asocia con una menor probabilidad de mortalidad perinatal (32).

2.1.3. Características del control prenatal

Según la Norma Técnica-MINSA antes mencionada, las características de un adecuado control prenatal son (1):

- La consulta prenatal de inicio debe realizarse en un periodo mínimo de media hora.
- El control prenatal debe estar a cargo de un médico especialista en ginecología y obstetricia, médico cirujano, obstetriz u otro profesional capacitado, conforme a la categoría del centro asistencial.
- Brindar orientación a la mujer embarazada, a su entorno familiar y a la comunidad sobre las prácticas de cuidado en el embarazo, el parto y el periodo posnatal.
- Capacitar en el reconocimiento de señales de alerta a lo largo de la gestación, parto y posparto.
- Fomentar y orientar a la gestante respecto a la lactancia materna.
- Cualquier complicación que surja durante el embarazo debe ser valorada por un profesional especializado.

Asimismo, dentro del marco de la Salud Materna, la norma define un plan esencial de control prenatal distribuido en 6 consultas prenatales a lo largo del embarazo, cada una de ellas realizadas en semanas de gestación ya establecidas y con actividades sanitarias específicas descritas en el cuadro posterior (1):

TABLA N°1. Esquema básico de atención prenatal

ACTIVIDAD	Primer control < 14 sem	Segundo control 14-21 sem	Tercer control 22-24 sem	Cuarto control 25-28 sem	Quinto control 29-36 sem	Sexto control >36- <41 sem
Verificación de la gestación.	+					
Asesoría y evaluación del estado nutricional	+					
Historia clínica	+					
Valorar indicadores clínicos de riesgo	+	+	+	+	+	+
Registro de estatura	+					
Seguimiento ponderal	+	+	+	+	+	+
Control de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y T° corporal	+	+	+	+	+	+

Chequeo médico clínico integral	+					
Examen de mamas	+					
Evaluación de la relación feto pélvica						+
Estimación de semanas de embarazo	+	+	+	+	+	+
Valoración del crecimiento uterino		+	+	+	+	+
Monitoreo de la frecuencia cardíaca del feto		+	+	+	+	+
Evaluación del líquido amniótico			+	+	+	+
Presentación/Situación fetal				+	+	+
Establecer el tipo de sangre y Rh	+					
Precisar hemograma y hemoglobina	+		+		+	
Determinar AST y ALT	+					
Determinar urea, creatinina	+					
Determinar coagulograma					+	
Urocultivo o análisis urinario	+		+		+	
Cribado de diabetes en la gestación	+			+		
Tamizaje de hepatitis B/enfermedad sifilítica	+				+	
Pruebas de tamizaje VIH	+				+	
Detección de S. Hemolítico del grupo B					+	
Proteínas en orina	+		+		+	
Aplicación de toxoide tetánico			+	+		
Citología cervical	+					
Valoración por odontoestomatología		+	+			
Estudio ecográfico	+		+		+	
Monitoreo del estado fetal					+	+
Administrar ác. Fólico	+					
Administrar ác. Fólico y hierro		+	+	+	+	+
Administrar calcio			+	+	+	+
Planificación familiar	+	+	+	+	+	+
Preparación para el parto		+	+	+	+	+

Fomentar control puerperal					+	+
Control puerperal (posparto)	A los 2 días del alta hospitalaria / a los días y entre los 20 – 40 días del parto					

Fuente: NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

2.1.3.1. Primer control prenatal

El primer control prenatal tiene como objetivos (33):

- Valorar el estado clínico presente y detectar posibles condiciones predisponentes a enfermar.
- Indagar registros patológicos previos como RCIU, recién nacido pretérmino o trastornos hipertensivos, relevantes debido a su elevado riesgo de manifestarse nuevamente en futuros embarazos.

El examen obstétrico se vuelve significativo a partir de la semana 12 debido a la posición suprapúbica del útero y este comprende (33):

- Valoración obstétrica de las semanas de gestación, altura uterina (20 semanas en adelante), cantidad de productos de la concepción, monitoreo cardiaco del feto y movimientos fetales.
- Registrar en centímetros el fondo uterino y su ilustración visual en la curva de la cartilla perinatal de la OPS.
- Evaluación ginecológica integral, exploración de mamas y obtención de muestra cérvico-uterina para Papanicolaou. Si se identifica flujo vaginal con sintomatología, proceder a su estudio y tratamiento.

A lo largo de las semanas 18 a 32, la longitud medida desde la sínfisis del pubis y el fondo uterino suele corresponder de forma aproximada a la edad gestacional en semanas. Cualquier diferencia mayor a 3 cm debería ser investigada mediante ecografía destinado a cuantificar el fluido amniótico y el desarrollo del producto (33).

Exámenes auxiliares basales que comprenden (33):

- Cribado de proteinuria mediante cintas reactivas
- Hemoglobina, tipo de sangre y factor Rh, glucotest, pruebas rápidas para sífilis (VDRL o RPR), VIH y urocultivo.

- El ultrasonido en la gestación deberá realizarse previo a cumplir 15 semanas para corroborar el tiempo de gestación debido a que el periodo que comprende la semana 10 hasta antes de las 15, es el óptimo para valorar el pliegue nucal fetal en mujeres embarazadas que ya superaron los 34 años.
- Antígeno de superficie de hepatitis B con el objetivo de identificar casos latentes y proteger al producto de la coinfección.

Entre otros procedimientos está la prescripción de ácido fólico (500 mcg hasta la semana 13 y 400 mcg a partir de la 14), sulfato ferroso (al culmen del primer trimestre hasta el nacimiento del producto), carbonato cálcico (2 gr diarios a partir de la semana 20 hasta el término del embarazo), evaluación odontológica, vacunación antitetánica y contra el virus de la influenza (a partir de la semana 20). Ante la presencia de una complicación obstétrica, se deberá realizar la referencia a un centro asistencial de mayor resolución (1).

Por otro lado, durante el embarazo, es vital mantener una dieta integral para el bienestar materno-fetal, con un aumento de peso esperado de 11 a 14 kg. Se recomienda una dieta basada en carnes y pescados, regulando el consumo de alimentos ricos en carbohidratos; e ingerir al menos un litro diario de leche o equivalente. Es importante usar sal yodada con regularidad y limitar alimentos grasos y con alto contenido de azúcar. Evitar alcohol, tabaco y drogas, así como medicamentos no recetados y exposición a radiaciones sin supervisión médica (34).

Además, es necesario informar a la paciente sobre los cambios esperados en su organismo como resultado de la gestación. Estos incluyen (34):

- Sensibilidad emocional y fatiga.
- Aumento de pigmentación en la piel y posibles estrías.
- Crecimiento y sensibilidad en los senos, y ocasional secreción de leche.

- Pueden presentarse náuseas, vómitos, y ardor de estómago, así como estreñimiento y hemorroides, que mejoran con una dieta rica en fibra y líquidos.
- Las varices son comunes al final del embarazo, es por eso que se debe evitar ropa ajustada o permanecer mucho tiempo de pie, recomendándose medias elásticas hasta la cintura.
- Dolores de espalda.

2.1.3.2. Controles prenatales posteriores

Los procedimientos en las consultas siguientes buscan (33):

- Indagar por la presencia de manifestaciones clínicas que requieran atención inmediata.
- Efectuar el seguimiento del peso de la gestante y la identificación de edemas.
- Crecimiento fetal mediante altura del útero.
- Proteínas urinarias con cintas reactivas. Además, indagar manifestaciones clínicas características de preeclampsia (dolor de cabeza, acúfenos, destellos visuales, aumento de volumen en extremidades, tensión arterial >140/90).
- Manifestaciones urinarias como dolor, ardor o aumento de la frecuencia miccional.
- Amenaza de parto precoz (dolor abdominal tipo contracción, sangrado vaginal o pérdida de líquido).
- Síntomas de estasis biliar (picazón en palmas y plantas de la mano sobre todo por las noches).

2.1.4. Objetivos del control prenatal

Las consultas prenatales buscan identificar patologías que amenacen el bienestar materno fetal para así realizar intervenciones oportunas y adecuadas que conduzcan a buenos resultados materno perinatales. Las metas de la atención prenatal consisten en (33):

- Detectar eventos que afecten la salud del binomio madre-feto. Mediante intervenciones preventivas desde la primera cita hasta la

culminación de la gestación se busca identificar factores de riesgo materno-perinatales. Los controles prenatales pueden predecir, mediante la aplicación de pruebas sensibles y específicas, afecciones frecuentes en el embarazo, como el bastante conocido estado hipertensivo en la gestación, además de otros. Es bien sabido que el número de controles prenatales es inversamente proporcional a la morbi-mortalidad perinatal y demás desenlaces negativos (32).

- Determinar con mayor precisión la edad gestacional, ya que una correcta estimación permite identificar el periodo del embarazo en el que se encuentra la paciente y así explicar sus características. Metódicamente se hace uso de “fecha de ultima regla” que es complementada con una ecografía obstétrica. Toda vez que esta determinación sea oportuna, mejor capacidad de identificación tendrá.
- Evaluar el estado fetal y monitorear su evolución durante la gestación. Múltiples mecanismos permiten identificar la condición fetal entre ellos la antropometría que consiste en la medición del fondo uterino y movimientos del producto. La condición ponderal de la madre refleja el bienestar fetal y la adaptación de sus estructuras extraembrionarias. Aplicando el índice de Kessner evidenciamos cómo las gestantes con menor atención prenatal con frecuencia conciben productos con bajo peso de nacimiento. Además, la posibilidad de concebir un neonato con menos de 1500 gramos es significativamente menor con gestantes que cumplieron adecuadamente los controles prenatales (2,9%) en comparación con aquellas con controles inadecuados (15,7%).
- Diagnosticar el estado gestacional de la madre. En ocasiones el diagnóstico involucra un equipo multidisciplinario que evalúe es aspecto biopsicosocial de la paciente. El 80% de las gestaciones tendrán un curso normal mientras que el 20% restante necesitará una evaluación integral en cada dominio de la salud (33).
- Educar a la pareja. En la actualidad se alienta a la pareja para que acuda a la atención prenatal, actividades psicoprofilácticas y estimulación prenatal. Además, 4 de cada 10 gestantes podrían

presentar complicaciones en el parto, es por ello que estos talleres buscan consolidar el trinomio padre, madre y bebé (35).

- Agrupar en un único registro clínico los datos imprescindibles. La Historia Clínica Materno Perinatal, ficha médico legal, registra datos de forma sistémica, el registro es simple y se efectúa utilizando el carné perinatal. Esta herramienta está normada en nuestro país (1).

2.1.4.1. Ecografías durante el control prenatal

Se aconseja realizar una ecografía antes de llegar a las 15 semanas con el propósito de determinar el tiempo de embarazo mediante la medición de la longitud céfalo-caudal, incluyendo la valoración del hueso nasal y translucencia nuchal. Además, es posible determinar el riesgo futuro de preeclampsia o RCIU a través de un doppler vascular de las uterinas.

Se realiza una ecografía durante el periodo semanal 22-24 con el fin de identificar malformaciones congénitas y evaluar la anatomía fetal. Esto tiene como objetivo detectar el riesgo de parto prematuro. Se ha observado que incluso en pacientes asintomáticas sin antecedentes previos, pero con una longitud cervical menor a 25 mm, el riesgo de que se produzca un nacimiento previo a la semana 34 es el triple (33).

2.1.4.2. Recomendaciones nutricionales en el embarazo

La alimentación es un pilar importante en la búsqueda de un embarazo saludable. Una alimentación adecuada durante la gestación implica consumir una cantidad balanceada de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales. Se sugiere proporcionar orientación nutricional a las gestantes acerca de la relevancia de mantener una dieta equilibrada asociada a ejercicio físico para prevenir el aumento excesivo de peso durante este proceso (36).

Para evitar que la gestante entre en un cuadro anémico, adquiera una infección sistémica posparto, conciba un neonato menor a 2500 gramos o inicie trabajo de parto anticipadamente, se necesita orientar y promover que consuman diariamente, vía oral, suplementos férricos y folatos (30 a 60 mg y 0.4 mg respectivamente).

Solo se aconseja vitamina A como suplemento a las gestantes de regiones donde el déficit de Retinol sea una problemática de salud pública y que su consumo sea como una medida preventiva para evitar la ceguera (36).

2.1.5. Responsabilidades en la atención materna

Privacidad y Confidencialidad

- Confidencialidad: derecho a que su motivo de atención y datos personales se mantengan en confidencialidad.
- Examinación en privacidad: examinación en locales que aseguren privacidad.
- Rechazo a observación: derecho a rechazar la presencia de personas no esenciales en la consulta.
- Derecho a tener un acompañante confiable durante el parto.
- Permanecer con el recién nacido: permanencia con el recién nacido salvo necesidad de tratamiento especial (1).

Información

- Información completa y actualizada: derecho a acceder a información veraz, completa y en su idioma sobre su situación de salud.
- Procedimientos y tratamientos: información sobre procedimientos, tratamientos, riesgos y alternativas.
- Hoja de consentimiento: firmar hoja de consentimiento informado.
- Informe médico y epicrisis: derecho a recibir informe médico y epicrisis tras el alta.
- Explicaciones sobre intervenciones: explicaciones claras y completas sobre intervenciones.
- Responsabilidades: informar sobre responsabilidades en el cuidado de su salud y la del recién nacido (1).

Seguridad en la atención

- Prácticas seguras: derecho a recibir atención médica con prácticas seguras y estándares.
- Ambiente limpio y seguro: atenciones en establecimientos con medidas de prevención de infecciones.
- Uso de insumos médicos seguros: uso de insumos médicos que cumplan estándares de seguridad y calidad (1).

Comunicación

- Relación con el personal: derecho a hablar con personas relacionadas con su atención, incluyendo el trato con visitantes autorizados.
- Comunicación con personas elegidas: tener la posibilidad de comunicarse, de forma verbal o escrita, con las personas de su preferencia durante la hospitalización (1).

Toma de decisiones

- Consentimiento informado: derecho a ser informada sobre tratamientos o intervenciones, así como participar en su proceso decisorio.
- Anticoncepción: no someterse a procedimientos de anticoncepción sin información completa y consentimiento previo.
- Intervenciones quirúrgicas: no someterse a procedimientos quirúrgicos sin información completa y consentimiento previo.
- Rechazo de procedimientos: derecho a rechazar procedimientos sin riesgos de negación de servicios.
- Derecho a segunda opinión: derecho a buscar una segunda opinión médica (1).

Rehusar el tratamiento

- Rechazo del tratamiento: derecho a rechazar el tratamiento propuesto, previo a ser informada de las consecuencias y alternativas.

- Continuidad de atención: garantía de recibir continuidad en la atención a pesar del rechazo de ciertos tratamientos.
- Sin represalias: Rechazar tratamientos sin represalias ni negativa de servicios básicos (1).

2.1.6. Factores de riesgo

Corresponden a las características biológicas, sociales o ambientales que al estar presentes condicionan a controles prenatales incompletos o incrementan la morbilidad materno fetal (37).

2.1.6.1. Factores obstétricos y personales

- **Multiparidad.** Mujer embarazada que ha concebido dos o más productos. Londoño C, et al., (14) determinó que embarazarse 5 o más veces fue una condición predisponente para la no adherencia al control prenatal (OR=3.22, IC95% (1.50-6.91)). Timoteo P, y Farje D, identificaron también la multiparidad como factor de riesgo (32,33). De la misma manera, en Cusco, Mamani E, determinó la multiparidad como factor asociado a control prenatal tardío (38). Además, la multiparidad (RPa=1.09) y la gran multiparidad (RPa=1.28) se asociaron con un aumento de la probabilidad de atención prenatal inadecuada (12).
- **Edad materna.** Mujeres grávidas con edades (x) comprendidas en el intervalo disjunto " $16 < x < 35$ " es denominada como embarazo de alto riesgo. En Colombia, el 61.3% de las gestantes entre 35 y 41 años condicen con la no adherencia a al menos 6 visitas prenatales (14). Además, en Lima, Timoteo P, determinó que gestantes con edades mayores a 14 y menores a 20 guardaban relación con la deserción a las consultas prenatales (RP=4.47, IC95% (2.35-8.49)) (39). Además, en un estudio peruano, este factor evidenció una asociación inversa con el control prenatal inadecuado, es decir, las gestantes de mayor edad presentaron menor riesgo de atención prenatal inadecuada (12).
- **Poca importancia al control prenatal.** Paredes I, et al., identificaron que el desconocimiento de que el control prenatal era importante (7%)

fue una de las principales razones asociadas a controles prenatales inadecuados (40).

- **Gestación no prevista.** Ocurre en mujeres que no tenían planificado embarazarse, no obstante, deciden continuar con la gestación. Huallpa E., determino que el embarazo no planificado es la variable más predisponente para la inoportunidad y ausencia del control prenatal (41). Además, Poemape, et al., mencionan que el embarazo no planificado se relacionó con mayor riesgo de control prenatal inadecuado (RPa=1.09) (12).
- **Antecedente de aborto.** Londoño C, et al., en Colombia determinó como los antecedentes de aborto [OR=0.46, IC95% (1.50-6.91) como factor relacionado con el cumplimiento del control prenatal (14).
- **Ingesta de agentes nocivos.** Sustancias que causen efectos perjudiciales en el organismo y más si la persona está gestando. Debessai Y, et al., señalaron que las madres que consumieron alcohol y las fumadoras mostraban una mayor probabilidad de inoportunidad en la atención prenatal [OR=1.3 (1.03-1.68) y OR=1.33 (1.04-1.69) respectivamente] (42). En Brasil, Gourdard et al., también determinaron como factor de riesgo de insuficiente control prenatal la ingesta alcohólica en mujeres grávidas [OR=1.13, IC95% (1.06-1.20)] (43).

2.1.6.2. Factores sociodemográficos

- **Bajo nivel educativo.** Un nivel educativo bajo condice a controles prenatales incompletos. El estudio peruano de Poemape et al., menciona que la ausencia de estudios (RPa=1.44) y la educación secundaria (RPa=1.11) se asocian con mayor riesgo de cobertura prenatal inadecuada (12). La investigación de Bernardes A, et al., en Brasil, concluyó de la siguiente manera: “la baja escolaridad materna se asocia con niveles más el elevados de utilización inoportuna de atención prenatal [RP=2.78, IC95% (2.23-3.47)]” (27). Así mismo, Timoteo P. en un análisis multivariado determinó que gestantes con nivel educativo primario o menos se asocian con controles prenatales inadecuados [RP=4.47, IC95% (1.11-2.59)]. Según Goudard et al., tan

solo 5 a 8 años de escolaridad se asoció [RP=1.12, IC95% (1.06-1.20)] con insuficiente control prenatal (39,43).

- **Estado civil.** Osawa E, et al, (15) en su estudio “Características socioambientales regionales asociadas con una atención prenatal inadecuada durante el embarazo: un estudio ecológico de 47 prefecturas en Japón” determinó lo siguiente: la incidencia en nunca acudir al chequeo prenatal se asocia con altas tasas de divorcio [OR=10.59, IC95% (1.22-92.25)]. Farje D, demostró que el estado civil soltera fue estadísticamente significativo [OR=2.53, IC95% (1.64-3.92)] como variable asociada a mayor probabilidad de controles prenatales incompletos (44).
- **Residir en zona rural.** En la mayoría, las zonas rurales no tienen a la proximidad algún centro de salud. Thakkar N, et al., (13) en un análisis multivariado indicaron que mujeres ubicadas en zonas rurales tenían más probabilidad de recibir atención prenatal inadecuada . En Etiopía, se encontró la misma relación (45). De acuerdo a Barros R, et al., en América Latina evidenciaron que la ubicación geográfica es una condición que se relaciona con la ausencia de control prenatal. Farje D, y Huallpa E, determinaron la misma asociación con un [OR=5.07, IC95% (3.40-7.54)] y [OR=6.4, IC95% (1.64-3.92)] respectivamente. (41,44).
- **Nivel socioeconómico bajo o desempleada.** Generalmente las personas con un nivel socioeconómico bajo no cuentan con la oportunidad de acceder a servicios educativos, recursos económicos ni sanitarios. En India, se indicó que familias con bajos ingresos son más vulnerables a la inoportunidad en la atención prenatal (13). En Brasil, se determinó que recibir la mitad o menos del salario mínimo mensual per cápita se asocia con la utilización inadecuada de atención prenatal (RP=1.37 (1.22-1.54)] (46). Gourdard M, et al., (43) consideraron a la madre no calificada o desempleada como una variable asociada a atenciones prenatales insuficientes o de baja calidad. Paredes I, et al., y Barros L, et al., también identificaron a los recursos económicos escasos dentro de variables predisponentes a controles prenatales insuficientes (40,47).

2.1.6.3. Factores institucionales

- **Periodo de tiempo en ser atendido.** En Ecuador se determinó que tener que esperar en largas colas (8.5%) es una de las principales causas de atención prenatal inadecuada (40). Mamani E, considera el ser usuario del SIS y tiempo de espera como factor institucional relacionado a controles prenatales incompletos, no obstante, esta no mostró relación estadísticamente significativa (38).
- **Tiempo de consulta inadecuado.** Huallpa E, halló que el corto periodo en consulta es una variable de riesgo [OR=2.9, IC95% (1.09-2.50)] para un inadecuado control prenatal (41).
- **Trato inadecuado por parte del equipo de salud.** Huallpa E, determinó como variable predisponente para una inadecuada atención prenatal el maltrato recibido del personal sanitario [OR=6.8, (1.09-2.50)] (41).

2.1.7. Factores de protección

Corresponden a aquellos que disminuyan el riesgo de controles prenatales incompletos.

2.1.7.1. Factores personales, obstétricos y sociodemográficos

- **Residir en zona rural.** Según Poemape, et al., la residencia rural mostró menor riesgo de cobertura prenatal inadecuada (RPa=0.86), comportándose como posible factor protector (12).
- **Contar con un seguro de salud.** Rivera M, et al., determinaron que gestantes que contaban con algún aseguramiento médico antes de la primera consulta prenatal estuvieron ligadas a la puntualidad en la asistencia a los controles prenatales (48).
- **Multiparidad.** Huallpa E, determinó que la multiparidad en una gestante constituye una variable protectora en la inoportunidad y la deserción del control prenatal [OR=0.55, IC95% (0.40-0.54)] (41).
- **Momento de debut de la actividad sexual.** Huallpa E, determinó que el inicio de relaciones sexuales a mayor edad es una condición

protectora para el incumplimiento y retiro del control prenatal [OR=0.20 (0.09-0.50)] (41).

- **Desempleo.** Huallpa E, determinó que el estar desempleado contribuye como elemento que protege ante la inoportunidad y la deserción del control prenatal [OR=0.49, (0.4-0.92)] (41). García O, determinó que la ausencia de dificultades por los quehaceres en un hogar, así como tener permisos en el trabajo reducen la probabilidad de abandono de los controles prenatales [OR=0.4 (0.2-0.9), OR=0.3, (0.1-0.7)] correlativamente] (49).

2.1.7.2. Factores institucionales

- **Atención de la gestante.** Timoteo P, en su trabajo “Factores sociodemográfico asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020 según ENDES” identificó como variable de protección a la adecuada atención por parte del equipo de salud contra la desatención del control prenatal. García O, indicó que recibir servicios completos de salud reducen la probabilidad de abandono del seguimiento prenatal [OR=0.1 (0.0-0.4)] (39,49).
- **Trabajo interdisciplinario.** García O, determinó que la coordinación de la oferta de salud y la programación consultas de control reducen la probabilidad de abandono de la atención prenatal [OR=0.1 (0.2-0.8), OR=0.3 (0.1-0.8)] (49).

2.2. Definición de términos básicos

- **Mortalidad Perinatal:** muertes registradas en una población específica, a partir del tercer trimestre de embarazo y luego 28 días post parto. (50)
- **Mortalidad materna:** muerte de la madre atribuible a comorbilidades o imprevistos pre, intra y post parto de una población específica (51).
- **Atención prenatal:** atención dirigida hacia gestantes para evitar dificultades y aminorar la prevalencia de fallecimientos maternos y prenatales (52).
- **Recién nacido:** neonato de 28 días posteriores al parto (53).
- **Gestante:** mujeres gestantes consideradas desde perspectivas psicosociales y culturales (54).

- Primer nivel de atención: cuidados destinados a asegurar la salud básica, proveer servicios terapéuticos y gestionar la integración de las necesidades y servicios comunitarios (55).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Los factores sociodemográficos, obstétricos, personales e institucionales se asocian con la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de dos Centros de Salud del primer nivel – MINSA, Cusco, 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, 2026.
- Los factores obstétricos se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, 2026.
- Los factores personales se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, 2026.
- Los factores institucionales se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, 2026.

2.4. Variables

2.4.1. Variable dependiente

Oportunidad del control prenatal

2.4.2. Variables independientes

Factores sociodemográficos {

- Años de la gestante
- Nivel educativo
- Zona de residencia
- Situación conyugal
- Ocupación

Factores obstétricos {

- Paridad
- Antecedente de aborto
- Periodo intergenésico

Factores personales {

- Embarazo no planificado
- Temor al examen ginecológico
- Consumo de bebidas alcohólicas
- Apoyo de la pareja

Factores institucionales {

- Humanización de la atención
- Tiempo en ser atendido
- Tiempo en llegar al centro de salud

2.5. Definiciones operacionales

VARIABLE DEPENDIENTE									
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION/ DOMINIO	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Oportunidad del control prenatal	Asistencia brindada a gestantes con el fin de evitar complicaciones y disminuir la incidencia de muertes materno perinatales. Incluye prevención, promoción de la salud y tratamiento de problemas que puedan ocurrir durante el embarazo y después del parto (1).	NA	-Edad gestacional del primer control prenatal. -Cantidad de controles prenatales. -Distribución de controles prenatales según normativa MINSA.	Cualitativa	Ordinal dicotómica	Ficha de recolección de datos basada en revisión de cartilla prenatal y entrevista estructurada	CPN Fecha Edad gestacional CPN 1 ____ ____ semanas CPN 2 ____ ____ semanas CPN 3 ____ ____ semanas CPN 4 ____ ____ semanas CPN 5 ____ ____ semanas CPN 6 ____ ____ semanas Número total de controles prenatales: ... ----- -Oportuno -No oportuno	16-20	Se considerará control prenatal oportuno cuando la gestante haya iniciado el control prenatal antes de las 14 semanas de gestación, haya realizado al menos seis controles prenatales y estos se encuentren distribuidos según los periodos señalados en la norma técnica del MINSA.

VARIABLES INDEPENDIENTES										
VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION /DOMINIO	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENR O DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad materna	Edad en el embarazo (56).	NA	Edad cronológica	Cuantitativa	Razón	Cartilla de datos y entrevista personal	Edad: ... (años)	1	Tiempo vivido expresado en años cumplidos, refrendado por el documento de identidad
	Ocupación	Ocupaciones, emprendimientos, labores o cualquier otra fuente de ingresos (57).	Rubro o ámbito laboral correspondiente	Actividad diaria que efectúa para obtener su sustento	Cualitativa	nominal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Trabajo independiente ☐ Trabajo dependiente ☐ Otro: ...	5	Labor cotidiana permite mantenerse económicamente, expresado por el paciente en la anamnesis
	Nivel de educación	Formación académica de la persona (58).	NA	Nivel educacional alcanzado	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	Grado de instrucción: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Técnico superior () Superior Universitario ()	2	Se registrará el nivel más alto de estudios completados o en curso, tomando como referencia la información proporcionada por el paciente
	Situación conyugal	Indicador que determina la condición marital de un individuo frente al matrimonio y otras situaciones legales o de convivencia(59).	NA	Soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () Viuda ()	4	Se categorizará: sin pareja, en unión formal, separada o viuda, según lo declarado en la entrevista
	Procedencia	Lugar, razón o fundamento de origen de algo (60).	NA	Departamento, Provincia, Distrito de origen	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	Lugar de procedencia: Departamento: ... Provincia: ... Distrito: ... Residencia rural () urbana ()	3	Región, provincia, localidad de origen de gestante y se considera si esta es zona urbana o rural

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
FACTORES OBSTÉTRICOS	Parto	Acto de traer al mundo a un hijo (61).	NA	Número de partos previos registrados en la cartilla prenatal o historia clínica	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	☐ Nulípara ☐ Primípara ☐ Multípara	13	Clasificación de la gestante según el número de partos previos registrados en la cartilla prenatal: nulípara (sin parto previo), primípara (un parto previo) y multípara (> 1 parto previo).
	Aborto	Finalización del embarazo debido al fallecimiento del feto o embrión, acompañado de sus anexos (62).	NA	Número de abortos	Cualitativa	Nominal	Registro de recolección de datos y entrevista personal	Antecedente de aborto ☐ Sí ☐ No	14	Número de abortos desencadenados por cualquier mecanismo. Constituye parte de la fórmula obstétrica.
	Periodo intergenésico	Intervalo comprendido desde el más reciente parto y el comienzo de la gestación posterior (63).	NA	Periodo transcurrido desde el último nacimiento y embarazo	Cuantitativa	Razón	Cuestionario y entrevista personal	Periodo intergenésico (años): < 2 () ≥ 2 () no aplica ()	15	Tiempo en años o meses a partir del parto reciente y la presente gestación. Periodo intergenésico (años): corto menos de 2 adecuado entre 2 a 5 largo si más de 5

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION /DOMINIO	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
FACTORES PERSONALES	Gestación no planificada	Embarazo accidental involuntario, incluye aquel que resulta de la falla de métodos anticonceptivos (64).	NA	Gestación no prevista	Cualitativa	Nominal	Encuesta y entrevista personal	¿Este embarazo fue planificado?: ☐ Sí ☐ No	6	Embarazo no planificado por la pareja
	Temor a la evaluación ginecológica	Miedo a la evaluación física obstétrica por el médico especialista(65).	NA	Miedo a la evaluación física obstétrica por el médico especialista	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal? ☐ Sí ☐ No	7	Miedo a la evaluación física obstétrica realizada por el médico especialista
	Hábitos de ingesta de alcohol	Comportamiento vinculado al consumo de productos alcohólicos, se incluye la práctica de beber en eventos o reuniones (66).	NA	Consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa	Nominal	Registro de recolección de datos y entrevista personal	Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No	8	Consumo de bebidas alcohólicas en cualquier contexto social
	Apoyo de la pareja	Participación y soporte brindado por la pareja hacia la gestante durante el embarazo, incluyendo apoyo emocional, económico o acompañamiento a controles.	NA	Presencia de apoyo de la pareja durante el embarazo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Cuestionario estructurado aplicado a la gestante	¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a los controles)? ☐ Sí ☐ No ☐ No tiene pareja	10	Apoyo de la pareja reportado por la gestante al momento de la entrevista.

VARIABLE		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION /DOMINIO	INDICADOR	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL
FACTORES INSTITUCIONALES	Humanización de la atención	Modalidad de atención en la que se considera que el tratamiento resulta más eficaz cuando los profesionales de la salud escuchan y respetan al paciente (67).	NA	Atención de salud hacia la persona con solidaridad, dignidad, empatía, respetando sus decisiones y valores	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos y entrevista personal	¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información durante el control prenatal? (Humanización de la atención) ☐ Sí ☐ No	11	Atención humanizada de la salud con la que el usuario se sienta respetado y comprendido
	Retraso en ser atendido	Demora que experimenta la gestante desde su llegada al establecimiento de salud hasta ser atendida por el personal sanitario para su control prenatal (68).	NA	Tiempo de espera para recibir atención prenatal	Cualitativa	Nominal dicotómica	Cuestionario aplicado a la gestante durante la entrevista	¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento de salud hasta ser atendida? ☐ <30 minutos ☐ 30-60 minutos ☐ >60 minutos	12	Tiempo de espera autorreportado por la gestante desde su llegada al centro de salud hasta el inicio de la atención prenatal, categorizado como <30 minutos, 30–60 minutos y >60 minutos.
	Tiempo en llegar al centro de salud	Tiempo que tarda la gestante desde su domicilio hasta el establecimiento de salud donde recibe control prenatal.	Accesibilidad geográfica	Minutos de desplazamiento desde el domicilio al establecimiento de salud	Cuantitativa	Ordinal	Cuestionario aplicado a la gestante durante la entrevista	¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal? ☐ <30 min ☐ 30-60 min ☐ >60 min	9	Tiempo autorreportado por la gestante para llegar al establecimiento de salud, categorizado en intervalos de minutos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo debido a que se basa en la medición de variables y analiza la asociación entre factores obstétricos, sociodemográficos, personales e institucionales con la oportunidad del control prenatal en gestantes. Según su alcance, es de tipo analítico, debido a que establecer una relación entre variables independientes y una variable dependiente (69).

Según Hernández Sampieri, los estudios de alcance correlacional buscan determinar la relación o el nivel de asociación existente entre dos o más variables dentro de una población y periodo determinado. Los estudios de este tipo al establecer el grado de asociación entre las variables, primero estiman cada una de ellas y las describen para luego cuantificar y analizar la asociación entre las variables (70).

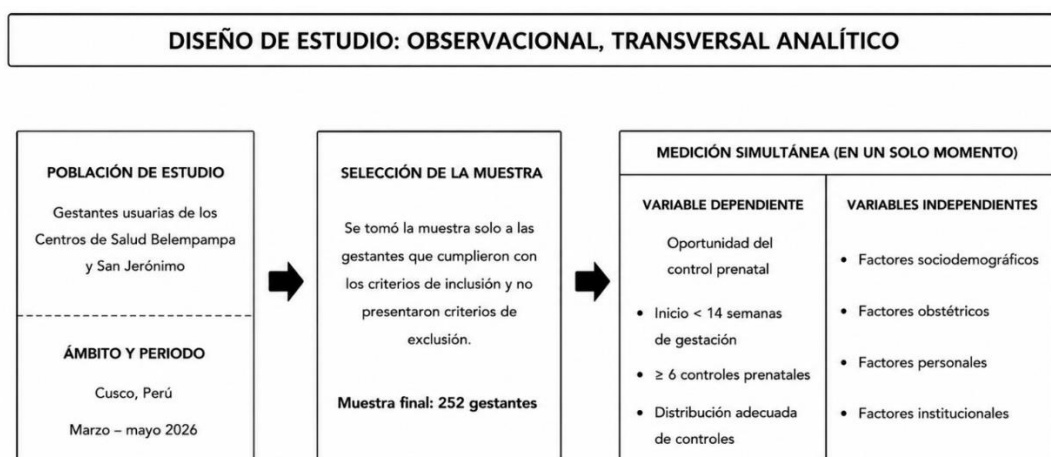
Es así que el presente estudio buscó correlacionar la asociación de las variables sociodemográficas, obstétricas, personales e institucionales en gestantes usuarias de los establecimientos de salud del MINSA, Belemppampa y San Jerónimo, con la oportunidad en los controles prenatales.

3.2. Diseño de investigación

Un esquema metodológico constituye la estrategia que se establece para recopilar los datos necesarios, con el propósito de dar una respuesta adecuada al problema planteado. Además, este diseño de tipo observacional se realizó sin manipular intencionadamente variables, el investigador analiza y registra eventos y factores en el contexto en que se presentan (70). Este estudio adopta un enfoque observacional, dado que se centró únicamente en la observación, medición e interpretación de la interacción de variables obstétricas, sociodemográficas, personales e institucionales con la oportunidad de los

controles prenatales en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belepampa y San Jerónimo.

La metodología particular de la investigación es transversal ya que se estudiaron los factores simultáneamente en un momento determinado o en un punto del tiempo.



Elaboración propia

3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

El grupo poblacional incluido en la investigación estuvo constituido por mujeres gestantes con edad gestacional ≥ 37 semanas y puérperas atendidas en los establecimientos del primer nivel, Belepampa y San Jerónimo, durante el periodo marzo – mayo de 2026, que contaban con carné prenatal o historia clínica disponible y legible. Se consideró esta población debido a que, esta población al encontrarse al final de la gestación o en el puerperio inmediato, se permite verificar de manera más completa la oportunidad del control prenatal, en función del momento de inicio, número de controles y distribución de estos durante el embarazo.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.3.2.1. Criterios de inclusión:

- Gestantes con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas atendidas en los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo durante el periodo de estudio.
- Puérperas atendidas en los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo durante el periodo de estudio.
- Gestantes con carné prenatal o historia clínica disponible y legible.
- Participantes que aceptan participar voluntariamente en la investigación a través de la aceptación informada de participación.

3.3.2.2. Criterios de exclusión:

- Participantes sin carné prenatal o historia clínica disponible.
- Participantes con información incompleta o ilegible sobre los controles prenatales.
- Participantes que no aceptan participar en el estudio.
- Participantes con imposibilidad para responder la entrevista de forma adecuada.
- Gestantes adolescentes.

3.3.3. Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo

3.3.3.1. Tamaño de muestra

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó el programa Epidat 4.2, empleando la opción de cálculo para comparación de proporciones en grupos independientes. Se consideró un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%. Como antecedente de referencia se tomó el estudio de Londoño P, Ibáñez L, Valencia W, et al., quienes reportaron asociación entre multiparidad y no adherencia al control prenatal, con una proporción del evento de 11,56% en expuestas y 2,96%

en no expuestas, obteniéndose un tamaño de muestra inicial de 330 participantes.

[3] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	11,560%
Población 2:	2,960%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	165	165	330

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (yc²).

Posteriormente, debido a que la población fuente del estudio fue conocida y finita, se aplicó la corrección por población finita. Para ello, se consideró como población accesible el total de gestantes atendidas durante el año 2025 en los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, según los registros de sus respectivas oficinas de estadística. En el Centro de Salud de Belepampa se registraron 403 gestantes y en el Centro de Salud de San Jerónimo 644 gestantes, obteniéndose una población total de 1047 gestantes.

La corrección por población finita se realizó mediante la siguiente fórmula:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Donde:

- n_f = tamaño de muestra corregido
- n = tamaño de muestra inicial
- N = población total

Sustituyendo los valores:

$$n_f = \frac{330}{1 + \frac{329}{1047}} = \frac{330}{1 + 0.3142} = \frac{330}{1.3142} = 251.1$$

Por lo tanto, el tamaño de muestra final quedó establecido en 252 participantes como redondeo al entero superior.

3.3.3.2. Métodos de muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico consecutivo. Se incluyó de manera sucesiva a las gestantes y puérperas que cumplieran con los parámetros de elegibilidad y exclusión, hasta completar el tamaño muestral establecido.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

Aplicamos dos técnicas, en la primera fase se procedió a la revisión de la ficha CLAP con el fin de verificar los controles prenatales efectuados por cada semana gestacional. La segunda técnica corresponde al registro de datos relevantes como fuente primaria por medio del interrogatorio personal para la indagación de los factores asociados.

3.4.2. Instrumentos

El instrumento de recolección de datos fue elaborado por el investigador en función de las variables planteadas en el estudio. Este consta de cinco secciones: datos sociodemográficos, factores personales y de accesibilidad, factores institucionales, factores obstétricos y registro de control prenatal.

De igual manera, se recopiló información obtenida de la cartilla prenatal y de la historia clínica relacionada con la realización de determinados procedimientos y evaluaciones recomendadas durante la atención prenatal, conforme a lo establecido en la normativa vigente del MINSA, tales como ecografías obstétricas y exámenes de laboratorio. Estas variables fueron recolectadas con fines descriptivos para caracterizar el cumplimiento del programa de salud materno perinatal; sin embargo, no

forman parte del análisis inferencial con la oportunidad del control prenatal.

La clasificación de la variable “oportunidad del control prenatal” se realizó mediante la revisión de las cartillas perinatales, registrando la fecha de última regla y las semanas gestacionales en las que se efectuaron los controles prenatales.

Posteriormente, se utilizó una ficha de evaluación estructurada para verificar el cumplimiento de los criterios de inicio oportuno, número adecuado de controles y distribución según los intervalos establecidos por el MINSA.

La evaluación fue realizada de manera estandarizada para cada gestante antes de la digitalización de la información en la base de datos, con el fin de garantizar la consistencia en la clasificación.

Para evaluar la validez de contenido del instrumento se realizó un proceso de juicio de expertos. Participaron seis especialistas, de los cuales cinco fueron médicos especialistas en ginecología y obstetricia y uno especialista en metodología de la investigación.

Cada experto evaluó los ítems del instrumento considerando los criterios de claridad, pertinencia y relevancia, utilizando una escala de valoración de 1 a 4. Posteriormente se calculó el coeficiente V de Aiken para cada ítem y criterio, con el objetivo de determinar el grado de concordancia entre los expertos respecto a la validez del contenido del instrumento.

Los valores obtenidos del coeficiente V de Aiken evidenciaron una adecuada validez de contenido. Los resultados detallados del proceso de validación se presentan en los anexos del estudio.

3.4.3. Procedimientos de recolección de datos

Antes de iniciar el registro de la información, la encuesta diseñada, fue sometida a juicio de expertos, quienes manifestaron sus sugerencias con el fin de obtener la validez del instrumento por expertos, luego fue evaluado y calificado. Los expertos que intervinieron para la evaluación

de la ficha fueron médicos especialistas en Gineco-obstetricia y en Metodología de la Investigación.

3.5. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados mediante la ficha de recolección fueron registrados en una base de datos digital elaborada en Microsoft Excel 2019. Posteriormente, la información fue procesada y analizada utilizando el software estadístico JAMOV versión 2.3.28 para Windows.

3.5.1. Análisis univariado

Previamente se evaluó la distribución de los datos para determinar la forma de presentación de las variables cuantitativas, las cuales fueron resumidas mediante medidas de tendencia central y dispersión, utilizando media y desviación estándar o, en su defecto, mediana y rango intercuartílico. Por otro lado, las variables cualitativas se describieron a través de frecuencias absolutas y porcentajes.

Las variables relacionadas con la realización de procedimientos y exámenes prenatales fueron analizadas únicamente mediante estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) y no fueron incluidas en el análisis bivariado ni multivariado.

3.5.2. Análisis bivariado

La relación entre las variables independientes y la oportunidad del control prenatal fue analizada mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher, de acuerdo con las características de cada variable y el cumplimiento de los supuestos estadísticos. Asimismo, se estimaron los Odds Ratio (OR) crudos con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) para determinar la magnitud de asociación, considerando como estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0.05. En las variables dicotómicas, los OR crudos fueron recalculados tomando como desenlace el control prenatal no oportuno.

3.5.3. Análisis multivariado

El modelo multivariado se efectuó mediante regresión logística, con la finalidad de precisar las variables asociadas de manera independiente a la oportunidad del control prenatal y controlar posibles variables de confusión. Para este análisis, el desenlace fue codificado como 1 = control prenatal no oportuno y 0 = control prenatal oportuno.

Para el análisis multivariado se consideraron las variables que evidenciaron asociación estadísticamente significativa durante el análisis bivariado, tomando como criterio un valor de p inferior a 0.05, también aquellas con tendencia significativa ($p < 0.20$) y aquellas consideradas relevantes desde el punto de vista clínico o epidemiológico. Los resultados se expresaron mediante la Razón de Momios (OR) ajustados, con sus respectivos intervalos de confianza (IC95%) y p valor.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis estadístico Univariado o Descriptivo

TABLA N° 2. Características sociodemográficas de las gestantes usuarias de Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026 (n=252)

Características sociodemográficas	Categoría	Total n (%)
Edad (años)	Media $\pm$ DE	27.5 $\pm$ 4.66
	Mediana	28.0
	Mínimo – Máximo	20 – 37
Nivel educativo	Primaria	5 (2.0)
	Secundaria	162 (64.3)
	Técnico	54 (21.4)
	Universitario	31 (12.3)
Zona de residencia	Urbana	221 (87.7)
	Rural	31 (12.3)
Estado civil	Soltera	5 (2.0)
	Conviviente	241 (95.6)
	Casada	6 (2.4)
Ocupación	Ama de casa	133 (52.8)
	Estudiante	18 (7.1)
	Independiente	77 (30.6)
	Dependiente	24 (9.5)
Centro de salud	Belempampa	124 (49.2)
	San Jerónimo	128 (50.8)

DE: desviación estándar

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

TABLA N° 3. Características obstétricas de las gestantes usuarias de Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026 (n=252)

Características obstétricas	Categoría	Total n (%)
Paridad	Nulípara	89 (35.3)
	Primípara	91 (36.1)
	Múltipara	72 (28.6)
Antecedente de aborto	No	196 (77.8)
	Sí	56 (22.2)
Periodo intergenésico*	< 2 años	21 (13.2)
	≥ 2 años	137 (86.8)

*Periodo intergenésico calculado solo en gestantes con antecedente de embarazo previo (n=158).
Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

TABLA N° 4. Características personales de las gestantes usuarias de Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026 (n=252)

Características personales	Categoría	Total n (%)
Embarazo planificado	No	128 (50.8)
	Sí	124 (49.2)
Temor al examen ginecológico	No	190 (75.4)
	Sí	62 (24.6)
Consumo de alcohol	No	246 (97.6)
	Sí	6 (2.4)
Apoyo de la pareja	No	21 (8.4)
	Sí	229 (91.6)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

TABLA N° 5. Características instituciones de las gestantes usuarias de Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026 (n=252)

Variables institucionales	Categoría	Total n (%)
Tiempo en llegar al centro de salud	<30 min	214 (84.9)
	31–60 min	23 (9.1)
	>60 min	15 (6.0)
Tiempo de espera para ser atendido	<30 min	99 (39.3)
	31–60 min	60 (23.8)
	>60 min	93 (36.9)
Humanización de la atención	No	60 (23.8)
	Sí	192 (76.2)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

TABLA N° 6. Oportunidad del control prenatal de gestantes atendidas según Centro de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026.

Centro de salud	No oportuno n (%)	Oportuno n (%)	Total	Valor p
Belempampa	54 (43.5)	70 (56.5)	124	0.974*
San Jerónimo	56 (43.8)	72 (56.3)	128	
Total	110 (43.7)	142 (56.3)	252	

*Prueba de χ^2 de Pearson

Fuente: elaboración propia según la base de datos del estudio

TABLA N° 7. Cumplimiento de exámenes auxiliares y evaluaciones prenatales según establecimiento de salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026.

Variable	Categoría	Belempampa n (%)	San Jerónimo n (%)	Total n (%)
Papanicolaou	Sí	32 (25.8)	25 (19.5)	57 (22.6)
	No	92 (74.2)	103 (80.5)	195 (77.4)
Urocultivo	Sí	5 (4.0)	0 (0.0)	5 (2.0)
	No	119 (96.0)	128 (100.0)	247 (98.0)
TTOG	Sí	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	No	124 (100.0)	128 (100.0)	252 (100.0)
Dosaje de hemoglobina	Sí	116 (93.5)	123 (96.1)	239 (94.8)
	No	8 (6.5)	5 (3.9)	13 (5.2)
Ecografía del I trimestre adecuada	Sí	77 (62.1)	82 (64.1)	159 (63.1)
	No	47 (37.9)	46 (35.9)	93 (36.9)
Ecografía del II trimestre adecuada	Sí	51 (41.1)	50 (39.1)	101 (40.1)
	No	73 (58.9)	78 (60.9)	151 (59.9)
Ecografía del III trimestre adecuada	Sí	81 (65.3)	51 (39.8)	132 (52.4)
	No	43 (34.7)	77 (60.2)	120 (47.6)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

4.1.2. Análisis estadístico Bivariado

TABLA N°8. Análisis Bivariado de los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026

Variable	Categoría	Control oportuno n (%)	Control no oportuno n (%)	OR crudo (IC95%)	p crudo
Variables sociodemográficas					
Edad materna	Adulta	138 (57.5)	102 (42.5)	Ref.	—
	Edad materna avanzada	4 (33.3)	8 (66.7)	2.71 (0.79–9.23)	0.099
Nivel educativo	Alto	49 (57.6)	36 (42.4)	Ref.	—
	Bajo	93 (55.7)	74 (44.3)	1.08 (0.64–1.84)	0.767
Estado civil	Conviviente	137 (56.8)	104 (43.2)	Ref.	—
	No conviviente	5 (45.5)	6 (54.5)	1.58 (0.47–5.32)	0.456
Zona de residencia	Urbana	128 (57.9)	93 (42.1)	Ref.	—
	Rural	14 (45.2)	17 (54.8)	1.67 (0.79–3.56)	0.180
Ocupación	Ama de casa	72 (54.1)	61 (45.9)	—	
	Estudiante	12 (66.7)	6 (33.3)	—	
	Trabajo independiente	44 (57.1)	33 (42.9)	—	
	Trabajo dependiente	14 (58.3)	10 (41.7)	—	0.777
Variables personales					
Embarazo planificado	Sí	85 (68.5)	39 (31.5)	Ref.	—
	No	57 (44.5)	71 (55.5)	0.37 (0.22–0.62)	<0.001
Apoyo de la pareja	Sí	131 (57.2)	98 (42.8)	Ref.	—
	No	9 (42.9)	12 (57.1)	0.56 (0.23–1.38)	0.205
Consumo de alcohol	No	136 (55.3)	110 (44.7)	Ref.	—
	Sí	6 (100.0)	0 (0.0)	0.10 (0.01–1.71)	0.037*
Temor al examen físico	No	108 (56.8)	82 (43.2)	Ref.	—
	Sí	34 (54.8)	28 (45.2)	1.08 (0.61–1.93)	0.782

TABLA N°8 (continuación). Análisis Bivariado de los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026

Variable	Categoría	Control oportuno n (%)	Control no oportuno n (%)	OR crudo (IC95%)	p crudo
Variables obstétricas					
Paridad	Nulípara	50 (56.2)	39 (43.8)	Ref.	—
	Primípara/múltipara (embarazo previo)	92 (56.4)	71 (43.6)	0.99 (0.59–1.67)	0.968
Antecedente de aborto	No	112 (57.1)	84 (42.9)	Ref.	—
	Sí	30 (53.6)	26 (46.4)	1.16 (0.64–2.10)	0.635
Periodo intergenésico	≥2 años	73 (53.3)	64 (46.7)	Ref.	—
	<2 años	14 (66.7)	7 (33.3)	1.74 (0.67–4.61)	0.251
Variables institucionales					
Tiempo en llegar al centro de salud	≤30 min	122 (57.0)	92 (43.0)	Ref.	—
	>30 min	20 (52.6)	18 (47.4)	1.19 (0.60–2.38)	0.616
Humanización de la atención	Sí	114 (59.4)	78 (40.6)	Ref.	—
	No	28 (46.7)	32 (53.3)	0.60 (0.33–1.07)	0.083
Tiempo de espera para atención	<60 min	99 (62.3)	60 (37.7)	Ref.	—
	>60 min	43 (46.2)	50 (53.8)	1.92 (1.14–3.22)	0.013

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

*Variable outcome: control prenatal no oportuno.

4.1.3. Análisis estadístico Multivariado

TABLA N°9. Análisis multivariado de los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026

Variable	Categoría	OR crudo (IC95%)	p crudo	OR ajustado (IC95%)	p ajustado
Edad materna	Adulta	Ref.	—	Ref.	—
	Edad materna avanzada	2.71 (0.79–9.23)	0.099	2.70 (0.72–10.14)	0.142
Zona de residencia	Urbana	Ref.	—	Ref.	—
	Rural	1.67 (0.79–3.56)	0.180	1.90 (0.84–4.31)	0.123
Embarazo planificado	No	Ref.	—	Ref.	—
	Sí	0.37 (0.22–0.62)	<0.001	0.35 (0.20–0.59)	<0.001
Humanización	No	Ref.	—	Ref.	—
	Sí	0.60 (0.33–1.07)	0.083	0.57 (0.30–1.07)	0.080
Tiempo de espera	≤60 min	Ref.	—	Ref.	—
	>60 min	1.92 (1.14–3.22)	0.013	1.96 (1.12–3.43)	0.018
Tiempo en llegar al centro de salud	≤30 min	Ref.	—	Ref.	—
	>30 min	1.19 (0.60–2.38)	0.616	1.245 (0.58–2.66)	0.572

*OR: razón de odds; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

*Variable outcome: control prenatal no oportuno.

*Para el modelo multivariado se consideraron aquellas variables que presentaron un valor de p menor de 0.20 en el análisis bivariado, así como las de importancia clínica según la literatura.

4.2. Discusión

4.2.1. De los factores sociodemográficos

Edad materna

La edad de las gestantes osciló entre 20 y 37 años, con una mediana de 28 años, lo que evidencia una predominancia de mujeres adultas jóvenes dentro de la muestra. Para el análisis bivariado, la edad fue recategorizada en edad adulta (<35 años) y edad materna avanzada

(≥ 35 años), debido al reducido número de gestantes en los extremos etarios y con el fin de mejorar la estabilidad estadística del modelo. En este nivel de análisis, aproximadamente dos de cada tres gestantes con edad materna avanzada (66.7%) presentaron controles prenatales no oportunos, mientras que menos de la mitad de las gestantes < 35 años (42.5%) presentó controles prenatales no oportunos. Asimismo, las gestantes con edad materna avanzada mostraron aproximadamente 2.7 veces mayor odds de control prenatal no oportuno respecto a las gestantes adultas ($OR_c=2.71$; $IC_{95\%}$: 0.79–9.23); no obstante, esta variable no fue estadísticamente significativa ($p=0.099$). Respecto al modelo multivariado, la asociación se mantuvo prácticamente sin modificaciones luego del ajuste por las demás variables incluidas en el modelo ($OR_a=2.70$; $IC_{95\%}$: 0.72–10.14; $p=0.142$). Aunque la dirección del efecto persistió, la asociación continuó sin alcanzar significancia estadística, probablemente por el reducido número de gestantes con edad materna avanzada incluidas en el estudio, lo cual limita la potencia estadística para detectar diferencias entre grupos etarios.

Estos hallazgos también son parcialmente consistentes con lo descrito por Londoño-Cadena et al. en Colombia, quienes reportaron que el 61.3% de las gestantes entre 35 y 41 años no cumplió adecuadamente el control prenatal, evidenciando una elevada frecuencia de inadecuación prenatal en mujeres de edad materna avanzada (14). Así también, se muestra una tendencia similar con el estudio de Tola et al. en Etiopía, donde encontraron que las mujeres de 25 años o más tuvieron más del doble de probabilidad de iniciar tardíamente el control prenatal en comparación con las menores de 25 años ($AOR=2.30$; $IC_{95\%}$: 1.02–5.18) (17). De manera similar, Somé et al., en Burkina Faso, identificaron que la mayor edad materna se asoció significativamente a iniciar tardíamente el control prenatal ($OR=1.77$; $p<0.005$) (19). Ambos estudios sugieren que el incremento de la edad podría influir negativamente en la oportunidad del seguimiento prenatal, posiblemente por una menor percepción de riesgo, experiencias previas de gestación o confianza excesiva derivada de embarazos anteriores.

Nivel educativo

En la población estudiada predominó el nivel educativo secundario, presente en casi dos terceras partes de las gestantes (64.3%), mientras que cerca de una tercera parte contó con educación técnica o universitaria. Debido al reducido número de participantes en algunas categorías (especialmente educación primaria), esta variable fue recategorizada en nivel educativo bajo y alto con el objetivo de disminuir la dispersión de frecuencias y mejorar la estabilidad estadística del análisis inferencial. En el análisis bivariado, las gestantes con nivel educativo bajo presentaron 1.08 veces mayor odds de control prenatal no oportuno respecto a las mujeres con nivel educativo alto ($OR_c=1.08$; $IC_{95\%}$: 0.64–1.84; $p=0.767$); sin embargo, la asociación no alcanzó significancia estadística. Además, las diferencias entre grupos fueron poco marcadas, observándose proporciones relativamente similares de oportunidad y no oportunidad del control prenatal entre ambos niveles educativos. Debido a ello, la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Los hallazgos de este trabajo muestran una tendencia similar a lo reportado en el estudio de Thakkar et al., donde concluyen que un bajo nivel educativo se asocia con un 76% más de probabilidad de subutilización del control prenatal respecto a las mujeres con educación superior. Somé et al. identificaron mayor probabilidad de tener un control prenatal con inicio tardío en mujeres sin escolaridad ($OR=1.77$; $p=0.002$) (13). Asimismo, Poemape-Aguirre et al., un estudio peruano basado en la ENDES 2022, reportaron que las mujeres sin educación presentaron una mayor prevalencia (44%) de cobertura prenatal inadecuada ($RP_a=1.44$), mientras que aquellas con educación secundaria mostraron 11% mayor prevalencia ($RP_a=1.11$) respecto a mujeres con mayor nivel educativo (12). En la misma línea, Bernardes et al. reportaron que las mujeres con 0 a 4 años de escolaridad presentaron casi tres veces mayor prevalencia de control prenatal inadecuado ($PR=2.78$; $IC_{95\%}$: 2.23–3.47) (46). Por su parte, Goudar et al. y Timoteo describieron que la baja escolaridad se relacionó con menor oportunidad y utilización

inadecuada del control prenatal, particularmente en contextos de vulnerabilidad social y limitaciones de acceso sanitario^(39,43,46).

A diferencia de estos estudios, en nuestro estudio no se mostró significancia estadística de esta variable. Esto podría explicarse porque gran de las gestantes contaba con nivel educativo secundario o superior, reduciendo la variabilidad entre categorías educativas y limitando la capacidad para detectar diferencias más marcadas entre grupos.

Zona de residencia

La mayor proporción de gestantes provenía de áreas urbanas (87.7%), mientras que solo el 12.3% residía en zonas rurales. Más de la mitad de las gestantes rurales presentaron controles prenatales no oportunos (54.8%), frente al 42.1% de las residentes urbanas. En el análisis bivariado, las gestantes rurales presentaron 1.67 veces mayor probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a las urbanas (ORc=1.67; IC95%: 0.79–3.56; p=0.180). En el análisis multivariado, esta tendencia se mantuvo tras el ajuste por las demás variables (ORa=1.90; IC95%: 0.84–4.31; p=0.123), pero no presentó un p valor significativo. La amplitud del intervalo de confianza sugiere imprecisión en la estimación, probablemente por el reducido número de participantes rurales.

Estos resultados coinciden parcialmente con Thakkar et al. (13) y Somé et al. (19), quienes reportaron mayor probabilidad de control prenatal tardío o inadecuado en mujeres de zonas rurales, atribuyéndolo a barreras geográficas y limitaciones de acceso sanitario. Asimismo, Bernardes et al. (46,71), y Goudar et al. (43) describieron que las condiciones de vulnerabilidad social y las dificultades de acceso en áreas rurales influyen negativamente sobre la oportunidad del seguimiento prenatal. No obstante, los hallazgos difieren parcialmente de Poemape-Aguirre et al., quienes encontraron que la residencia rural simuló ser un posible factor protector respecto a cobertura prenatal inadecuada (RPa=0.86) (12). Estas diferencias podrían relacionarse con variaciones en los criterios operacionales utilizados para definir

adecuación u oportunidad del control prenatal, o verse influenciadas por determinantes propios de la población estudiada.

Estado civil

Gran parte de las gestantes incluidas en el estudio eran convivientes (95.6%), mientras que solo el 4.4% correspondía a gestantes no convivientes. Debido al reducido número de participantes en algunas categorías originales (soltera, separada y casada), la variable estado civil fue recategorizada en conviviente y no conviviente con el objetivo de disminuir la dispersión de frecuencias y mejorar la estabilidad estadística del análisis inferencial. Más de la mitad de las gestantes no convivientes presentaron controles prenatales no oportunos (54.5%), frente al 43.2% de las convivientes. En el análisis bivariado, las gestantes no convivientes presentaron 1.58 veces mayor probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a las convivientes (ORc=1.58; IC95%: 0.47–5.32; p=0.456); sin embargo, la asociación no alcanzó significancia estadística. Debido a ello, la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Nuestros resultados coinciden con Bernardes et al., quienes encontraron que las mujeres sin pareja tuvieron mayor prevalencia de control prenatal inadecuado (PR=1.39; IC95%: 1.23–1.58) (46). De manera semejante, Somé et al. identificaron mayor frecuencia de inicio tardío del control prenatal en mujeres no casadas (19), mientras que Tola et al. describieron que la falta de pareja estable estaba relacionada con menor utilización adecuada del seguimiento prenatal (17).

Aunque en el presente trabajo no se precisó asociación significativa, el efecto observado sugiere que la ausencia de convivencia con pareja podría influir negativamente sobre la oportunidad del control prenatal, posiblemente por menor soporte emocional, social y económico durante la gestación. Asimismo, la baja frecuencia de gestantes no convivientes en la muestra pudo limitar la capacidad para detectar diferencias estadísticamente significativas entre grupos

Ocupación

En la población estudiada predominó la condición de ama de casa, presente en poco más de la mitad de las gestantes (52.8%), seguida por trabajo independiente (30.6%), mientras que una menor proporción correspondió a estudiantes y trabajadoras dependientes. En relación con la oportunidad del control prenatal, las proporciones de controles prenatales no oportunos fueron relativamente similares entre las distintas categorías ocupacionales. En el análisis bivariado no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre ocupación y control prenatal no oportuno ($p=0.777$). Debido a que la variable presentó múltiples categorías y no mostró diferencias relevantes entre grupos, no se calcularon odds ratios individuales ni fue incluida en el modelo multivariado.

Estos resultados difieren parcialmente de lo reportado por Thakkar et al., quienes encontraron mayor subutilización del control prenatal en mujeres desempleadas o con ocupaciones informales, atribuyéndolo a limitaciones económicas y menor autonomía para acceder a los servicios de salud (13). Del mismo modo, Bernardes et al. describieron mayor prevalencia de control prenatal inadecuado en mujeres sin actividad laboral remunerada (46), mientras que Rivera et al. reportaron que las condiciones ocupacionales pueden influir sobre el acceso y continuidad de la atención prenatal (48).

La ausencia de asociación en el presente estudio podría explicarse por la distribución relativamente homogénea de oportunidad y no oportunidad del control prenatal entre las categorías ocupacionales, así como por posibles características contextuales de la población estudiada, donde el acceso al control prenatal podría depender más de factores institucionales y socioculturales que de la condición laboral propiamente dicha.

4.2.2. De los factores obstétricos

Paridad

La mayoría de las gestantes presentó antecedente de al menos un parto previo, observándose que las primíparas y multíparas representaron el

64.7% de la muestra, mientras que las nulíparas correspondieron al 35.3%. Debido a que el interés de nuestro estudio fue comparar la experiencia obstétrica previa, la variable paridad fue recategorizada en nulípara y primípara/múltipara con el objetivo de reducir la dispersión de categorías y mejorar la estabilidad estadística del análisis. En relación con la oportunidad del control prenatal, las proporciones fueron similares entre ambos grupos, el 56.2% de las nulíparas presentó controles prenatales oportunos, mientras que en las primíparas/múltiparas esta proporción fue de 56.4%. En el análisis bivariado, las gestantes primíparas/múltiparas presentaron odds prácticamente similares de control prenatal no oportuno respecto a las nulíparas ($OR_c=0.99$; $IC_{95\%}: 0.59-1.67$; $p=0.968$), evidenciándose ausencia de asociación estadísticamente significativa. Debido a ello, la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Los resultados obtenidos muestran diferencias parciales respecto a lo descrito por Poemape-Aguirre et al., quienes reportaron que la multiparidad ($RP_a=1.09$) y gran multiparidad (5 o más partos) ($RP_a=1.28$) se asociaron con mayor prevalencia de cobertura prenatal inadecuada (12). De manera similar, Londoño-Cadena et al. identificaron que las gestantes con cinco o más gestaciones presentaron más de tres veces mayor probabilidad de no cumplimiento del control prenatal ($OR_a=3.22$; $IC_{95\%}: 1.50-6.91$). Asimismo, Somé et al. (19) y Woldeamanuel (45) describieron que el antecedente de múltiples gestaciones se relaciona con menor adherencia y utilización adecuada de los servicios prenatales.

La ausencia de asociación en el presente estudio podría explicarse por la recategorización utilizada, ya que las primíparas y múltiparas fueron agrupadas en una sola categoría, y no necesariamente identificó grandes múltiparas, que son las que en otros estudios suelen concentrar mayor riesgo. Sin embargo, las proporciones de oportunidad y no oportunidad del control prenatal fueron relativamente homogéneas entre ambos grupos.

Periodo intergenésico

Esta variable fue clasificada en < 2 años y ≥ 2 años, utilizando el punto de corte clínicamente empleado en salud materna para identificar intervalos gestacionales cortos. Las gestantes con periodos intergenésicos mayores o iguales a dos años representaron cerca de nueve de cada diez participantes (86.7%), mientras que los intervalos menores de dos años correspondieron a una menor proporción de la muestra (13.3%). En relación con la oportunidad del control prenatal, aproximadamente dos terceras partes de las gestantes con periodo intergenésico menor de dos años presentaron controles prenatales oportunos (66.7%), mientras que en las mujeres con intervalos mayores o iguales a dos años esta proporción fue de 53.3%. se observó que, en el modelo bivariado, las gestantes con periodo intergenésico < 2 años presentaron 1.74 veces mayor probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a aquellas con intervalos ≥ 2 años (ORc=1.74; IC95%: 0.67–4.61; $p=0.251$); sin embargo, la asociación no alcanzó significancia estadística, por lo que la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Estos hallazgos difieren parcialmente de lo reportado por Poemape-Aguirre et al. (12) y Woldeamanuel (45), quienes describieron que los antecedentes obstétricos relacionados con mayor número y cercanía de gestaciones se asociaban con mayor utilización inadecuada del control prenatal. Asimismo, diversos autores señalan que los periodos intergenésicos cortos suelen relacionarse con menor adherencia al seguimiento prenatal debido a sobrecarga familiar, limitaciones económicas y menor disponibilidad de tiempo para acudir a los servicios de salud.

No obstante, en nuestro trabajo no se evidenció asociación estadísticamente significativa y, además, las gestantes con periodos intergenésicos cortos mostraron una mayor proporción de controles prenatales oportunos. Esto podría relacionarse con una mayor

experiencia previa con los servicios maternos y mayor percepción sobre la importancia del control prenatal en mujeres con antecedentes recientes de gestación.

Antecedente de aborto

El antecedente de aborto estuvo presente en aproximadamente una quinta parte de las gestantes (22.2%), mientras que la mayoría no reportó abortos previos (77.8%). En relación con la oportunidad del control prenatal, el 53.6% de las gestantes con antecedente de aborto presentó controles prenatales oportunos, proporción similar a la observada en mujeres sin antecedente de aborto (57.1%). En el análisis bivariado, las gestantes con antecedente de aborto mostraron una probabilidad 1.16 veces mayor de presentar control prenatal no oportuno en comparación con aquellas sin dicho antecedente (ORc=1.16; IC95%: 0.64–2.10; p=0.635). No obstante, esta asociación no fue estadísticamente significativa, por lo que la variable no se incorporó al modelo multivariado.

Los resultados obtenidos muestran diferencias parciales respecto a lo descrito por Londoño-Cadena et al., quienes reportaron que el antecedente de aborto se asoció con una menor probabilidad de no cumplimiento del control prenatal (ORa=0.46; IC95%: 0.33–0.64) (14). Se podría sugerir que las mujeres con antecedentes obstétricos adversos desarrollarían mayor percepción de riesgo y, en consecuencia, una mejor adherencia al seguimiento prenatal.

Por otra parte, en este estudio no se evidenció asociación significativa entre antecedente de aborto y oportunidad del control prenatal. Esto podría explicarse por la distribución relativamente homogénea de oportunidad y no oportunidad entre ambos grupos, así como por diferencias en las características sociodemográficas y obstétricas.

4.2.3. De los factores personales

Embarazo no planificado

Esta variable fue una de las más importantes del estudio. Los embarazos no planificados representaron ligeramente más de la mitad de los casos

incluidos en el estudio (50.8%), mientras que el 49.2% correspondió a embarazos planificados. En relación con la oportunidad del control prenatal, cerca de siete de cada diez gestantes con embarazo planificado presentaron controles prenatales oportunos (68.5%), mientras que más de la mitad de las mujeres con embarazo no planificado presentó controles prenatales no oportunos (55.5%). En el análisis bivariado, las gestantes con embarazo planificado presentaron 63% menores probabilidades de control prenatal no oportuno en comparación con aquellas con embarazo no planificado ($OR_c=0.37$; IC95%: 0.22–0.62; $p<0.001$). Esta asociación se mantuvo en el análisis multivariado, donde el embarazo planificado continuó comportándose como factor protector frente a la no oportunidad del control prenatal, reduciendo en 57% los odds de control prenatal no oportuno tras el ajuste por las demás variables incluidas en el modelo ($OR_a=0.43$; IC95%: 0.24–0.77; $p=0.005$).

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Poemape-Aguirre et al., quienes encontraron que el embarazo no planificado incrementó la prevalencia de cobertura prenatal inadecuada ($RP_a=1.09$) (12). De manera semejante, Abera et al. identificaron que las gestantes con embarazos no deseados presentaron más del doble de probabilidad de inicio tardío del control prenatal (16). Asimismo, Quijaite et al. reportaron asociación significativa entre embarazo no planificado e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes peruanas (21). En la misma línea, Samiah et al. describieron que los embarazos no deseados se relacionan con mayor frecuencia de inicio tardío del control prenatal (18). Esta concordancia refuerza que la intencionalidad del embarazo no solo es una condición personal, sino también un determinante del momento en que la gestante reconoce la necesidad de atención prenatal, busca el servicio y se vincula al sistema de salud.

Temor al examen ginecológico

El temor al examen ginecológico estuvo presente en aproximadamente cuatro de cada diez gestantes incluidas en el estudio (41.3%), mientras

que el 58.7% no manifestó este temor. Respecto a la oportunidad del control prenatal, se observó que más de la mitad de las gestantes que expresaron temor frente al examen ginecológico presentaron un inicio o seguimiento no oportuno de sus controles prenatales, mientras que las gestantes sin este temor mostraron mayor frecuencia de controles oportunos. En el análisis bivariado, las gestantes con temor al examen ginecológico presentaron mayor probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a aquellas que no manifestaron dicho temor, pero sin evidenciar una asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$). Debido a ello, la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Aunque los antecedentes analíticos incluidos en la presente investigación no evaluaron específicamente el temor al examen ginecológico como variable independiente, diversos estudios señalan que factores emocionales y percepciones negativas relacionadas con la atención obstétrica pueden influir sobre la adherencia y continuidad del control prenatal. En ese contexto, el miedo, la vergüenza o la incomodidad frente al examen ginecológico podrían retrasar la búsqueda de atención prenatal, especialmente durante las primeras consultas. La falta de asociación estadísticamente significativa observada en el presente estudio podría atribuirse a la influencia de diversos factores socioculturales e institucionales relacionados con la oportunidad del control prenatal. Por ello, no se descarta la relevancia de la variable, pero sugiere una medición más específica para captar mejor su impacto.

Consumo de alcohol

El antecedente de consumo de alcohol durante el embarazo estuvo presente en una pequeña proporción de las gestantes incluidas en el estudio (2.4%), mientras que la gran mayoría negó dicho consumo. En relación con la oportunidad del control prenatal, las gestantes que reportaron consumo de alcohol presentaron mayor frecuencia de controles prenatales no oportunos, mientras que entre las mujeres que no consumieron alcohol el 57.1% presentó controles prenatales oportunos y el 42.9% controles no oportunos. En el modelo bivariado, las

pacientes con antecedente de consumo de alcohol mostraron mayor probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a las no consumidoras; sin embargo, la interpretación de esta asociación debe realizarse con cautela, debido al reducido número de gestantes expuestas al consumo de alcohol en la muestra. Esta baja frecuencia pudo generar estimaciones inestables y aparentes diferencias entre grupos sin suficiente precisión estadística ni confiabilidad epidemiológica, motivo por el cual la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Estos hallazgos coinciden parcialmente con lo descrito por Baer et al., quienes reportaron que el consumo de alcohol y otras sustancias se asoció con mayor probabilidad atención prenatal con inicio tardío (RR=2.5; IC95%: 1.8–3.3) (72). En contraste, en el presente estudio no se evidenció asociación estadísticamente significativa, lo cual podría explicarse por la baja frecuencia de consumo de alcohol reportada en la muestra y por posibles limitaciones derivadas del autorreporte, considerando que el consumo de alcohol durante el embarazo suele estar sujeto a subregistro por deseabilidad social.

Apoyo de la pareja

Esta variable estuvo presente en la mayoría de las gestantes incluidas en el estudio (91.3%), mientras que una menor proporción refirió no contar con este apoyo durante la gestación (8.7%). En relación con la oportunidad del control prenatal, el 58.1% de las mujeres que manifestaron recibir apoyo de la pareja presentó controles prenatales oportunos, mientras que más de la mitad de aquellas sin apoyo presentó controles prenatales no oportunos. En el análisis bivariado, las gestantes que contaban con apoyo de la pareja presentaron menores odds de control prenatal no oportuno respecto a aquellas sin apoyo; sin embargo, la asociación no alcanzó significancia estadística ($p>0.05$). Debido a ello, la variable no fue incluida en el modelo multivariado.

Aunque los antecedentes incluidos en la presente investigación no evaluaron específicamente el apoyo de la pareja como variable

independiente, diversos estudios describen que el soporte emocional, económico y social durante la gestación se asocian con la adherencia y continuidad del control prenatal. En ese contexto, la participación de la pareja podría facilitar el acceso oportuno a los servicios de salud y mejorar el cumplimiento de las recomendaciones prenatales.

La ausencia de asociación estadísticamente significativa en el presente estudio podría explicarse por la elevada proporción de gestantes que refirieron contar con apoyo de la pareja, lo cual redujo la variabilidad entre grupos.

4.2.4. De los factores institucionales

Tiempo en llegar al Centro de Salud

La gran mayoría de gestantes (84.9%), tardó < 30 minutos en llegar al centro de salud. Un grupo menor, 23 gestantes (9.1%), demoró entre 31 y 60 minutos, mientras que solo 15 gestantes (6.0%), equivalente a 1 de cada 17, tardó más de una hora. El tiempo de desplazamiento hacia el centro de salud fue recategorizado utilizando un punto de corte de 30 minutos, debido a que este intervalo suele emplearse como referencia de accesibilidad geográfica en servicios de salud y permite agrupar categorías con baja frecuencia para mejorar la estabilidad del análisis estadístico. Bajo esta clasificación, la mayoría de las gestantes demoraba 30 minutos o menos en llegar al centro de salud (78.2%), en cambio el 21.8% tardaba > 30 minutos. En cuanto a la oportunidad del evento principal del estudio, aproximadamente seis de cada diez gestantes que demoraban 30 minutos o menos presentaron controles prenatales oportunos (59.4%), mientras que más de la mitad de aquellas con tiempos de desplazamiento mayores a 30 minutos presentó controles prenatales no oportunos (56.4%).

El análisis bivariado evidenció que las gestantes cuyo tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud superaba los 30 minutos tuvieron una probabilidad 1.19 veces mayor de presentar control prenatal no oportuno, en comparación con aquellas que demoraban menos tiempo en llegar (ORc=1.19; IC95%: 0.60–2.38; p=0.600).

Posteriormente, la variable fue incluida en el modelo multivariado debido a su relevancia epidemiológica y plausibilidad clínica como posible barrera de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, tras el ajuste por las demás variables incluidas en el modelo, no se evidenció tampoco asociación significativa ($ORa=1.25$; $IC95\%: 0.58-2.67$; $p=0.572$).

Los resultados obtenidos muestran diferencias parciales respecto a lo descrito por Osawa et al., quienes señalaron que las barreras geográficas y ambientales se relacionaban con una atención prenatal inadecuada (15). De manera semejante, Tola et al. y Somé et al. identificaron que las dificultades de acceso y mayor distancia hacia los establecimientos de salud influyen negativamente sobre el inicio oportuno y continuidad del control prenatal (17,19). Si bien en esta investigación no se encontró una asociación estadísticamente significativa, la tendencia observada sugiere que mayores tiempos de desplazamiento podrían actuar como barrera de acceso para la atención prenatal oportuna, especialmente en contextos donde persisten limitaciones de accesibilidad geográfica y transporte sanitario.

Tiempo de espera para ser atendido

Respecto a esta variable, se observa una distribución más heterogénea. Casi 4 de cada 10 gestantes, esperaron menos de 30 minutos para ser atendidas, 60 gestantes (23.8%) esperaron entre 31 y 60 minutos, y 93 gestantes (36.9%) esperaron más de una hora. El tiempo de espera para ser atendida fue recategorizado utilizando un punto de corte de 60 minutos, debido a que este intervalo permitió diferenciar tiempos de espera prolongados clínicamente relevantes y mejorar la distribución de las categorías para el análisis estadístico. Bajo esta clasificación, cerca de dos terceras partes de las gestantes esperaban menos de 60 minutos para ser atendidas (63.1%), mientras que el 36.9% reportó tiempos de espera mayores a 60 minutos. En relación con la oportunidad del control prenatal, el 62.3% de pacientes que esperaban por debajo de 60 minutos presentaron controles prenatales oportunos, por otro lado más de la mitad de aquellas con tiempos de espera mayores a 60 minutos presentó

controles prenatales no oportunos (53.8%). En el análisis bivariado, las gestantes que esperaban más de 60 minutos para ser atendidas presentaron aproximadamente el doble de probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a aquellas con menor tiempo de espera ($OR_c=1.92$; IC95%: 1.14–3.22; $p=0.013$). Esta asociación se mantuvo luego del ajuste por las demás variables incluidas en el modelo multivariado ($OR_a=1.96$; IC95%: 1.12–3.43; $p=0.018$), que en términos prácticos podríamos decir, esperar más de una hora incrementa casi al doble el riesgo de control prenatal no oportuno, evidenciando que el tiempo de espera para la atención se comportó como factor asociado independiente.

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Huallpa, quien describió que los tiempos de espera prolongados se asociaban con una probabilidad aproximadamente dos veces mayor de faltar y abandonar el control prenatal ($OR=2.3$) (41). Asimismo, Osawa et al. señalaron que las barreras relacionadas con accesibilidad y organización de los servicios de salud pueden influir negativamente sobre la utilización adecuada de la atención prenatal (15). Además, este resultado concuerda con Paredes et al. (40), quienes identificaron que esperar largas es una de las causas más frecuentes de atención prenatal inadecuada en gestantes ecuatorianas. Asimismo, guarda relación con lo descrito por Mamani Estrada en Cusco, quien consideró el tiempo de espera como un factor institucional relacionado con controles prenatales incompletos (38), aunque en su estudio no alcanzó asociación estadística.

La persistencia de la asociación en el análisis multivariado sugiere que los tiempos prolongados de espera podrían constituir una barrera institucional importante para la adherencia y continuidad del control prenatal, posiblemente debido a insatisfacción usuaria y percepción negativa de la calidad de atención.

Humanización de la atención

Respecto a esta variable, 3 de cada 4 gestantes, percibieron una atención humanizada durante el control prenatal. Por otro lado, 60 gestantes (23.8%), consideraron que la atención no fue humanizada. En relación con la oportunidad del control prenatal, aproximadamente seis de cada diez gestantes que percibieron una atención humanizada presentaron controles prenatales oportunos (60.4%), mientras que más de la mitad de aquellas con percepción negativa de la atención presentó controles prenatales no oportunos (57.1%). En el análisis bivariado, las gestantes que percibieron una atención humanizada presentaron menor probabilidad de control prenatal no oportuno respecto a aquellas con percepción negativa de la atención ($OR_c=0.60$; $IC_{95\%}$: 0.33–1.07; $p=0.083$). Debido a su relevancia clínica y proximidad al umbral de significancia estadística fue incluida al modelo multivariado. Tras controlar el efecto de las demás variables incluidas en el modelo, la percepción de atención humanizada continuó comportándose como posible factor protector frente a la no oportunidad del control prenatal ($OR_a=0.56$; $IC_{95\%}$: 0.30–1.04; $p=0.074$), aunque sin alcanzar significancia estadística.

Aunque los antecedentes incluidos en la presente investigación no evaluaron específicamente la humanización de la atención como variable independiente, diversos autores describen que la calidad percibida de la atención, el trato respetuoso y la confianza en el personal de salud influyen directamente sobre la adherencia y continuidad del control prenatal. En ese contexto, una atención percibida como empática y respetuosa podría favorecer una mayor satisfacción usuaria y motivar la asistencia oportuna a los controles prenatales. La pérdida de significancia estadística en el modelo multivariado evidencia que parte de la asociación observada podría explicarse por otros factores institucionales relacionados con la atención prenatal. No obstante, la magnitud del efecto y la proximidad al umbral de significancia estadística evidencian una posible relevancia clínica de la humanización de la atención sobre la oportunidad del control prenatal.

Centros de salud

Si bien, esta categoría no fue incluida como una variable de estudio, debido a la importancia epidemiológica y de salud pública se realiza un breve análisis descriptivo donde se halló que la proporción de control prenatal oportuno fue similar entre los establecimientos de salud Belempampa (56.5%) y San Jerónimo (56.3%), sin evidenciarse diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.974$). Es decir, el Centro de Salud no es un factor relacionado con la oportunidad del control prenatal.

4.3. Conclusiones

4.3.1. Conclusión general

En el presente estudio se identificó que el embarazo planificado se asoció con una mayor oportunidad del control prenatal, mientras que el tiempo de espera para ser atendido mayor a 60 minutos se relacionó con mayor probabilidad de control prenatal no oportuno en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belempampa y San Jerónimo, Cusco, 2026. Estos hallazgos evidencian la influencia tanto de factores personales como institucionales sobre la oportunidad del seguimiento prenatal en el primer nivel de atención.

4.3.2. Conclusiones específicas

1. Respecto a los factores sociodemográficos, la edad materna avanzada, el nivel educativo, la zona de residencia, el estado civil y la ocupación no mostraron asociación significativa con la oportunidad del control prenatal. Esto podría explicarse porque la población estudiada presentó características sociodemográficas relativamente homogéneas y mayor acceso al primer nivel de atención, disminuyendo el impacto de estas variables sobre la oportunidad del seguimiento prenatal
2. Respecto a los factores obstétricos, la paridad, el periodo intergenésico y el antecedente de aborto no mostraron asociación significativa con la oportunidad del control prenatal. Este hallazgo evidencia que, en la población estudiada, la oportunidad del

seguimiento prenatal no dependió principalmente de los antecedentes reproductivos de la gestante.

3. Respecto a los factores personales, el embarazo planificado se asoció con mayor oportunidad del control prenatal. En contraste, el temor al examen ginecológico, el consumo de alcohol y el apoyo de la pareja no mostraron asociación significativa. Este hallazgo evidencia la importancia de fortalecer las estrategias de planificación familiar, educación sexual y consejería preconcepcional en el primer nivel de atención, debido a su potencial impacto sobre el acceso oportuno a los servicios maternos.
4. Respecto a los factores institucionales, el tiempo de espera para ser atendido mayor a 60 minutos se asoció significativamente con mayor probabilidad de control prenatal no oportuno. Por otro lado, el tiempo en llegar al centro de salud y la humanización de la atención no mostraron asociación significativa con la oportunidad del control prenatal. Este hallazgo evidencia la importancia de las barreras organizacionales dentro del establecimiento de salud sobre la continuidad de la atención prenatal, resaltando la necesidad de optimizar los tiempos de atención y fortalecer la eficiencia de los servicios maternos en el primer nivel de atención.

4.4. Sugerencias

A nivel de los establecimientos de salud del primer nivel

- Implementar estrategias para reducir los tiempos de espera (gestión de citas, triaje obstétrico, reorganización del flujo de atención), considerando su impacto directo en la oportunidad del control prenatal.
- Reforzar la humanización de la atención mediante la promoción de un trato digno, una comunicación adecuada y el respeto hacia la gestante, bajo un enfoque centrado en la usuaria.
- Optimizar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, garantizando recursos humanos suficientes y horarios accesibles.

- Adaptar la cartera de servicios (oferta) de acuerdo a la demanda de población usuaria de los servicios de salud.

A nivel de promoción de la salud

- Reforzar las intervenciones de planificación familiar, priorizando educación preconcepcional y acceso a métodos anticonceptivos, dado su efecto protector sobre la oportunidad del control prenatal.
- Desarrollar actividades educativas dirigidas a gestantes sobre la importancia del inicio temprano y continuidad del control prenatal, incorporando componentes de reducción de temores y barreras percibidas.

A nivel de investigación

- Realizar estudios con mayor tamaño muestral y mayor representación de subgrupos (por ejemplo, zonas rurales o categorías menos frecuentes), que permitan evaluar con mayor precisión variables sociodemográficas y personales.
- Realizar investigaciones que incluyan establecimientos de salud de EsSalud, con el fin de comparar los resultados obtenidos y evaluar si los hallazgos observados en los centros de salud del MINSA son consistentes en diferentes contextos asistenciales.
- Se recomienda incorporar el síndrome de Burnout como posible variable de estudio en futuras investigaciones, debido a su potencial influencia sobre variables institucionales analizadas y su impacto en la dinámica laboral del personal de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA. NTS 105 - MINSA/DGSP.V.01.
2. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
3. Tolossa T, Turi E, Fetensa G, Fekadu G, Kebede F. Association between pregnancy intention and late initiation of antenatal care among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 20 de agosto de 2020;9:191. doi:10.1186/s13643-020-01449-9 PubMed PMID: 32819428; PubMed Central PMCID: PMC7441676.
4. Jimeno-Orozco JA, Prieto Rojas S, Lafaurie Villamil MM. Atención prenatal humanizada en américa latina: un estado del arte. *Rev Fac Cienc Médicas*. 6 de junio de 2022;79(2):205-9. doi:10.31053/1853.0605.v79.n2.32720 PubMed PMID: 35700468; PubMed Central PMCID: PMC9426328.
5. Martin JA, Osterman MJK. Changes in Prenatal Care Utilization: United States, 2019-2021. *Natl Vital Stat Rep Cent Dis Control Prev Natl Cent Health Stat Natl Vital Stat Syst*. mayo de 2023;72(4):1-14. PubMed PMID: 37252688.
6. March of Dimes | PeriStats [Internet]. [citado 12 de abril de 2024]. Distribution of prenatal care adequacy categories: United States, 2022. Disponible en: <https://www.marchofdimes.org/peristats/data?reg=99&top=5&stop=33&lev=1&slev=4&obj=3>
7. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
8. Situación de la Mortalidad Materna 2022 y 2023. CDC-MINSA.pdf.
9. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023 [Internet]. [citado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
10. Casos de muerte materna se redujeron en 10 % a lo largo del año 2023 [Internet]. [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/891177-casos-de-muerte-materna-se-redujeron-en-10-a-lo-largo-del-ano-2023>
11. Geresá [Internet]. [citado 19 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/>
12. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas | Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2441>

13. Thakkar N, Alam P, Saxena D. Factors associated with underutilization of antenatal care in India: Results from 2019–2021 National Family Health Survey. *PLOS ONE*. 8 de mayo de 2023;18(5):e0285454. doi:10.1371/journal.pone.0285454 PubMed PMID: 37155665; PubMed Central PMCID: PMC10166529.
14. Londoño-Cadena P del C, Ibáñez-Correa LM, Valencia-Rivas WY, Anaconda-Cruz MY, Abou-Trabi REB, BSC RPL. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 30 de septiembre de 2022;73(3):255-64. doi:10.18597/rcog.3833 PubMed PMID: 36331305; PubMed Central PMCID: PMC9674382.
15. Osawa E, Kodama T. Regional socio-environmental characteristics associated with inadequate prenatal care during pregnancy: an ecological study of 47 prefectures in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 de septiembre de 2021;21:619. doi:10.1186/s12884-021-04100-0 PubMed PMID: 34517823; PubMed Central PMCID: PMC8439025.
16. Abera E, Azanaw J, Tadesse T, Endalew M. Prevalence and associated factors of delay antenatal care at public health institutions in Gondar city, Northwest Ethiopia, 2021: a cross-sectional study. *Contracept Reprod Med*. 16 de enero de 2023;8:2. doi:10.1186/s40834-022-00197-6 PubMed PMID: 36647075; PubMed Central PMCID: PMC9841718.
17. Tola W, Negash E, Sileshi T, Wakgari N. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal clinic of Ilu Ababor Zone, southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 29 de enero de 2021;16(1):e0246230. doi:10.1371/journal.pone.0246230 PubMed PMID: 33513182; PubMed Central PMCID: PMC7845970.
18. Samiah S, Stanikzai MH, Wasiq AW, Sayam H. Factors Associated with Late Antenatal Care Initiation among Pregnant Women Attending a Comprehensive Healthcare Facility in Kandahar Province, Afghanistan. *Indian J Public Health*. septiembre de 2021;65(3):298. doi:10.4103/ijph.IJPH_62_21
19. Somé A, Baguiya A, Coulibaly A, Bagnoa V, Kouanda S. Prevalence and Factors Associated with Late First Antenatal Care Visit in Kaya Health District, Burkina Faso. *Afr J Reprod Health Rev Afr Santé Reprod [Internet]*. 2020 [citado 27 de julio de 2024];24(2):19-26. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/27086515>
20. Adema GAA Bulcha Guye. Delay On First Antenatal Care Visit AndAssociated Factors Among Pregnant WomenAttending Antenatal Care In Boditi Town,Southern Ethiopia: 2019 - IJBTT - International Journal of Biotech Trends and Technology. *Int J Biotech Trends Technol IJBTT [Internet]*. [citado 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ijbttjournal.org/archives/ijbtt-v10i1p604>
21. Quijaite Masías T, Valverde Espinoza N, Barja Ore J, Quijaite Masías T, Valverde Espinoza N, Barja Ore J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]*. diciembre de 2019 [citado 27 de julio de 2024];45(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2019000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. Resolución Ministerial N.° 184-2024-MINSA [Internet]. [citado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5364816-184-2024-minsa>
23. Transparencia Institucional - Gobierno Regional de Cusco [Internet]. [citado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://transparencia.regioncusco.gob.pe/public/PEI-Plan-Estrategico-Institucional>
24. POBLACIÓN CENSADA AFILIADA A UN SEGURO DE SALUD, 2017. INEI.pdf.
25. Diaz MEC. Programa Presupuestal 0002: Salud Materno Neonatal.
26. Informe Belmont - Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 1980 [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-belmont-principios-eticos-directrices-para-proteccion-sujetos-humanos>
27. WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
28. Información y orientación en el control prenatal.pdf.
29. Cabrera DLO. Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
30. Cáceres-Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. junio de 2009 [citado 6 de octubre de 2023];60(2):165-70. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342009000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
31. Mortalidad materna [Internet]. [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
32. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. [citado 20 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
33. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):880-6. doi:10.1016/S0716-8640(14)70634-0
34. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) archivos. GuíaSalud [Internet]. [citado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/entidad-elaboradora/sego/>
35. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación [Internet]. [citado 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
36. Guía de Práctica Clínica - Ministerio de Salud Pública.pdf.
37. Cabrera JAC, Astudillo KFG. Manual Obstetricia y Ginecología. Decimocuarta Edición. (2024).

38. Mamani Estrada M. Factores asociados al control prenatal tardío en gestantes que acuden al Hospital Antonio Lorena- Cusco, 2016-2018. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4884>
39. Timoteo Barrantes PG. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú durante el año 2020 según ENDES. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5089>
40. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynecol Obstet*. 2005;88(2):168-72. doi:10.1016/j.ijgo.2004.09.024
41. Huallpa Hilahuala E. Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el hospital regional del Cusco, 2017. Univ Nac San Antonio Abad Cusco [Internet]. 2017 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/2587>
42. Debessai Y, Costanian C, Roy M, El-Sayed M, Tamim H. Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: findings from the Maternity Experiences Survey. *J Perinatol*. junio de 2016;36(6):420-6. doi:10.1038/jp.2015.218
43. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RC de S, Alves MTSS de B e, Coimbra LC, et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. abril de 2016;21:1227-38. doi:10.1590/1413-81232015214.12512015
44. Farje Marquina SD. Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Julio 2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1772>
45. Woldeamanuel BT. Factors associated with inadequate prenatal care service utilization in Ethiopia according to the WHO recommended standard guidelines. *Front Public Health*. 3 de noviembre de 2022;10:998055. doi:10.3389/fpubh.2022.998055 PubMed PMID: 36408015; PubMed Central PMCID: PMC9670123.
46. Bernardes ACF, da Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSS de B, Queiroz RC de S, Batista RFL, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de agosto de 2014;14(1):266. doi:10.1186/1471-2393-14-266
47. Raza LJB, Acurio EFV. FACTORES ASOCIADOS A LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN AMÉRICA LATINA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. *Enferm Investiga*. 3 de enero de 2022;7(1):1. doi:10.31243/ei.uta.v7i1.1480.2022
48. Rivera Felix LM, 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. *An Fac Med*. abril de 2018;79(2):131-7. doi:10.15381/anales.v79i2.14939
49. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2013 [citado 6 de octubre

- de 2023];17(2):1-8. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458007>
50. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=52870&filter=ths_termall&q=perinatal
 51. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28136&filter=ths_termall&q=mortalidad%20materna
 52. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11731&filter=ths_termall&q=atencion%20prenatal
 53. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22226&filter=ths_termall&q=recien%20n%20acido
 54. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=37736&filter=ths_exact_term&q=gestante
 55. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=11756&filter=ths_exact_term&q=atencion%20primaria
 56. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=29441&filter=ths_termall&q=edad%20materna
 57. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=9975&filter=ths_termall&q=ocupaciones
 58. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=4592&filter=ths_termall&q=nivel%20educativo
 59. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=30663&filter=ths_termall&q=estado%20civil
 60. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. procedencia | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/procedencia>
 61. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 4 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=37660&filter=ths_termall&q=parto
 62. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 4 de junio de 2024]. Disponible en:
https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=50244&filter=ths_termall&q=aborto
 63. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023.pdf.

64. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=38863&filter=ths_termall&q=embarazo%20no%20planeado
65. Elaboración propia.
66. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22102&filter=ths_termall&q=H%C3%A1bitos%20de%20Consumo%20de%20Bebidas%20Alcoh%C3%B3licas
67. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=50250&filter=ths_termall&q=humanizaci3n
68. MBA CB MD, BS DBR, MHA AV, PhD EV, MS LS, MD RJ. Wait Times, Patient Satisfaction Scores, and the Perception of Care | AJMC [Internet]. 2026 [citado 11 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ajmc.com/view/wait-times-patient-satisfaction-scores-and-the-perception-of-care>
69. Pineda EB, Alvarado EL de. Metodología de la investigación. Tercera edición. Washington, D.C: Organizacion Panamericana de la Salud; 2008. 260 p. (Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud; no. 47).
70. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta | RUDICS [Internet]. [citado 27 de julio de 2024]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
71. Goudard MJF, Simões VMF, Batista RFL, Queiroz RC de S, Alves MTSS de BE, Coimbra LC, et al. [Inadequacy of the content of prenatal care and associated factors in a cohort in the northeast of Brazil]. Cienc Saude Coletiva. abril de 2016;21(4):1227-38. doi:10.1590/1413-81232015214.12512015 PubMed PMID: 27076021.
72. Baer RJ, Altman MR, Oltman SP, Ryckman KK, Chambers CD, Rand L, et al. Maternal factors influencing late entry into prenatal care: a stratified analysis by race or ethnicity and insurance status. J Matern Fetal Neonatal Med. 18 de octubre de 2019;32(20):3336-42. doi:10.1080/14767058.2018.1463366 PubMed PMID: 29631462.

ANEXOS

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

Título de investigación: “Factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de dos Centros de Salud del primer nivel - MINSA, Cusco, 2026”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
PG: ¿Cuáles son los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?	OG: Determinar cuáles son los factores asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.	Los factores sociodemográficos, obstétricos, personales e institucionales se asocian con la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de dos Centros de Salud del primer nivel – MINSA, Cusco, 2026.	A.Variable dependiente Oportunidad al control prenatal B.Variables Independientes Sociodemográficos -Edad -Nivel educativo -Zona de residencia -Situación conyugal -Ocupación Obstétricos -Paridad -Antecedente de aborto -Periodo intergenésico Personales -Embarazo no planificado -Temor al examen ginecológico -Consumo de bebidas alcohólicas -Apoyo de la pareja	VARIABLE DEPENDIENTE Edad gestacional del primer control prenatal. Número de controles prenatales. Distribución de controles durante el embarazo. VARIABLES INDEPENDIENTES Tiempo de gestación desde la fecha de última menstruación Número de partos previos registrados en la cartilla prenatal o historia clínica Gestación no prevista Número de abortos Periodo transcurrido desde el último nacimiento y embarazo Presencia de apoyo de la pareja durante el embarazo Minutos de desplazamiento desde el domicilio al	El estudio es del tipo observacional, analítico y transversal. Población Para este estudio se requerirá una población de 252 gestantes. Criterios de inclusión •Gestantes con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas atendidas en los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo durante el periodo de estudio. •Puerperas atendidas en los Centros de Salud de Belepampa y	La recolección de información se hará a partir de fuentes primarias, como la entrevista personal, y secundarias, a través de la aplicación de la ficha de recolección de datos, el cual consta de 20 preguntas. La información recolectada en la ficha de recolección de datos será procesada en Microsoft Excel versión 2019 y el paquete estadístico JAMOV versión para Windows. Se hará uso de la estadística descriptiva e inferencial.
PE 1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?	OE 1: Determinar los factores sociodemográficos asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.	HE 1: Los factores sociodemográficos se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, 2026.				
PE 2: ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?	OE 2: Determinar los factores obstétricos asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.	HE 2: Los factores obstétricos se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, 2026.				

PE 3: ¿Cuáles son los factores personales asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?	OE 3: Determinar los factores personales asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.	HE 3: Los factores personales se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belepampa y San Jerónimo, 2026.	Institucionales -Tiempo en llegar al Centro de Salud -Humanización de la atención -Tiempo de espera	establecimiento de salud Miedo a la evaluación física obstétrica por el médico especialista Consumo de bebidas alcohólicas Atención de salud hacia la persona con solidaridad, dignidad, empatía, respetando sus decisiones y valores Tiempo de espera para recibir atención prenatal Edad cronológica Actividad diaria que efectúa para obtener su sustento Nivel educacional alcanzado Soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda Departamento, Provincia, Distrito de origen	San Jerónimo durante el periodo de estudio. •Participantes que cuenten con carné prenatal o historia clínica disponible y legible. •Participantes que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante la aceptación del consentimiento informado. Criterios de exclusión: •Participantes que no cuenten con carné prenatal o historia clínica disponible. •Participantes con información incompleta o ilegible sobre los controles prenatales. •Participantes que no acepten participar en el estudio. •Participantes con imposibilidad para responder la entrevista de forma adecuada. •Gestantes adolescentes.	
PE 4: ¿Cuáles son los factores institucionales asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026?	OE 4: Determinar los factores institucionales asociados a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud de Belepampa y San Jerónimo, Cusco, 2026.	HE 4: Los factores institucionales se asocian a la oportunidad del control prenatal en gestantes usuarias de los Centros de Salud Belepampa y San Jerónimo, 2026.				

ANEXO 2.- Instrumento de investigación



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



PROYECTO DE TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL-
MINSA, CUSCO, 2026**

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

Establecimiento de salud: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

SECCIÓN I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ años

2. Nivel educativo:

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior técnico
- ☐ Superior universitario

3. Zona de residencia:

- ☐ Urbana ☐ Rural

4. Situación conyugal:

- ☐ Soltera
- ☐ Conviviente
- ☐ Casada
- ☐ Separada/divorciada

5. Ocupación:

- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajo independiente
- ☐ Trabajo dependiente
- ☐ Otro: _____

SECCIÓN II. FACTORES PERSONALES

6. ¿Este embarazo fue planificado?

- ☐ Sí ☐ No

7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?

- ☐ Sí ☐ No

8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?

- ☐ Sí ☐ No

9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?

- ☐ <30 minutos
- ☐ 30–60 minutos
- ☐ >60 minutos

10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)?

- ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN III. FACTORES INSTITUCIONALES

11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información durante el control prenatal?

- ☐ Sí ☐ No

12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida?

- ☐ <30 minutos
- ☐ 30–60 minutos
- ☐ >60 minutos

SECCIÓN IV. FACTORES OBSTÉTRICOS

13. Paridad:

- ☐ Nulípara
- ☐ Primípara
- ☐ Multípara

14. Antecedente de aborto:

- ☐ Sí ☐ No

15. Periodo intergenésico:

- ☐ < 2 años
- ☐ ≥ 2 años
- ☐ No aplica (primigesta)

SECCIÓN V. CONTROL PRENATAL

16. Fecha de última regla (FUR):

17. Registro de controles prenatales:

CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

18. Número total de controles prenatales: _____

19. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados): ☐ Adecuada ☐ Inadecuada

SECCIÓN VI. CLASIFICACIÓN DEL CONTROL PRENATAL

20. Según criterios establecidos:

- ☐ Control prenatal oportuno
- ☐ Control prenatal no oportuno

Criterio: Se considera control prenatal oportuno cuando la gestante haya iniciado el control prenatal antes de las 14 semanas, además de haber realizado al menos seis controles prenatales y estos se encuentren distribuidos adecuadamente durante el embarazo.

PROCEDIMIENTOS Y EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO

-Papanicolaou (Sí/No)

-Urocultivo (Sí/No)

-Dosaje de hemoglobina (Sí/No)

-Test de tolerancia oral a la glucosa (Sí/No)

-Ecografía del primer trimestre (Sí/No)

-Ecografía del segundo trimestre (Sí/No)

-Ecografía del tercer trimestre (Sí/No)

ANEXO 3.- Cuadernillo de validación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CUADERNILLO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO



**“FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL-
MINSA, CUSCO, 2026”**

Solicitud

Estimado(a) doctor(a):

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

**“FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL
EN GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL-MINSA, CUSCO, 2026”**

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)**

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL,
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallarán en la última parte d la ficha

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigne un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad: años				
2. Nivel educativo: ☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior técnico ☐ Superior universitario				
3. Zona de residencia: ☐ Urbana ☐ Rural				
4. Situación conyugal: ☐ Soltera ☐ Conviviente ☐ Casada ☐ Separada/divorciada				
5. Ocupación: ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Trabajo independiente ☐ Trabajo dependiente ☐ Otro: _____				
6. ¿Este embarazo fue planificado? ☐ Sí ☐ No				
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal? ☐ Sí ☐ No				
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No				
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?				

☐ ≤ 30 minutos ☐ 31–60 minutos ☐ > 60 minutos				
10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)? ☐ Sí ☐ No ☐ No tiene pareja				
11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo? ☐ Sí ☐ No				
12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida? ☐ ≤ 30 minutos ☐ 31–60 minutos ☐ > 60 minutos				
13. Paridad: ☐ Nulípara ☐ Primípara ☐ Multípara				
14. Antecedente de aborto: ☐ Sí ☐ No				
15. Periodo intergenésico: ☐ < 2 años ☐ ≥ 2 años ☐ No aplica (primigesta)				
16. Fecha de última regla (FUR):				
17. Registro de CPN CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas				

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas				
CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas				
CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas				
CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas				
Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas				
18. Número total de controles prenatales:				
19. Distribución de controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados): ☐ Adecuada ☐ Inadecuada				
20. Según criterios establecidos: ☐ Control prenatal oportuno ☐ Control prenatal no oportuno				

V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO

VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO

- ☐ El instrumento es aplicable sin modificaciones
- ☐ El instrumento es aplicable con modificaciones
- ☐ El instrumento requiere reformulación

VII. FIRMA DEL EXPERTO

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallaran en la última parte de la ficha.

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos
considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigne un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad: años	4	4	4	
2. Nivel educativo:				
☐ Sin estudios				
☐ Primaria				
☐ Secundaria	4	4	4	
☐ Superior técnico				
☐ Superior universitario				
3. Zona de residencia:				
☐ Urbana		4	4	
☐ Rural	4			
4. Situación conyugal:				
☐ Soltera				
☐ Conviviente	4	4	4	
☐ Casada				
☐ Separada/divorciada				
5. Ocupación:				
☐ Ama de casa				
☐ Estudiante				
☐ Trabajo independiente	4	4	4	
☐ Trabajo dependiente				
☐ Otro: _____				
6. ¿Este embarazo fue planificado?				
☐ Si	4	4	4	
☐ No				
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?				
☐ Si	4	4	4	
☐ No				
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?				
☐ Si	4	4	4	
☐ No				
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?	4	4	4	

☐ ≤ 30 minutos			
☐ 31-60 minutos			
☐ > 60 minutos	4	4	4
10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)?			
☐ Si	4	4	4
☐ No			
☐ No tiene pareja			
11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo?			
☐ Si	4	4	4
☐ No			
12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida?			
☐ ≤ 30 minutos	4	4	4
☐ 31-60 minutos			
☐ > 60 minutos			
13. Paridad:			
☐ Nulipara			
☐ Primípara	4	4	4
☐ Multípara			
14. Antecedente de aborto:			
☐ Si	4	4	4
☐ No			
15. Periodo intergenésico:			
☐ < 2 años	4	4	4
☐ ≥ 2 años			
☐ No aplica (primigesta)			
16. Fecha de última regla (FUR):	4	4	4
17. Registro de CPN			
CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas	4	4	4
CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas			

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas			
CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas			
CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas	4	4	4
CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas			
Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas			
18. Semana de inicio del CPN: _____ sem.	4	4	4
19. Número total de controles prenatales:	4	4	4
20. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados):			
☐ Adecuada ☐ Inadecuada	4	4	4
21. Según criterios establecidos:			
☐ Control prenatal oportuno	4	4	4
☐ Control prenatal no oportuno			

V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO

VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO

☒ El instrumento es aplicable sin modificaciones

☐ El instrumento es aplicable con modificaciones

☐ El instrumento requiere reformulación

VII. FIRMA DEL EXPERTO

Nombre: Edgar Quispe Quispe

Firma: [Firma]

Fecha: 12/03/2026

Dr. Edgar Quispe Quispe
MÉDICO CIRUJANO
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 20123 - R.N.E. 21695

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL,
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallarán en la última parte de la ficha

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos
considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigna un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad: años	4	4	4	
2. Nivel educativo:				
☐ Sin estudios				
☐ Primaria				
☐ Secundaria	4	4	4	
☐ Superior técnico				
☐ Superior universitario				
3. Zona de residencia:				
☐ Urbana	4	4	4	
☐ Rural				
4. Situación conyugal:				
☐ Soltera				
☐ Conviviente	4	4	4	
☐ Casada				
☐ Separada/divorciada				
5. Ocupación:				
☐ Ama de casa				
☐ Estudiante	4	4	4	
☐ Trabajo independiente				
☐ Trabajo dependiente				
☐ Otro: _____				
6. ¿Este embarazo fue planificado?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?	4	4	4	

- ☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

4 4 4

10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)?

4 4 4

- ☐ Sí
☐ No
☐ No tiene pareja

11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo?

4 4 4

- ☐ Sí
☐ No

12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida?

4 4 4

- ☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

13. Paridad:

- ☐ Nullipara
☐ Primipara
☐ Multipara

4 4 4

14. Antecedente de aborto:

- ☐ Sí
☐ No

4 4 4

15. Periodo intergenésico:

- ☐ < 2 años
☐ ≥ 2 años
☐ No aplica (primigesta)

4 4 4

16. Fecha de última regla (FUR):

4 4 4

17. Registro de CPN

CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

4 4 4

CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

4 4 4

CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

18. Semana de inicio del CPN: ____ sem.

3 3 3

19. Número total de controles prenatales:

4 4 4

20. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados):

- ☐ Adecuada ☐ Inadecuada

4 4 4

21. Según criterios establecidos:

- ☐ Control prenatal oportuno
☐ Control prenatal no oportuno

4 4 4

V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO

Paciente N° 8 refiere con el esquema de controles prenatal de la pregesta N° 17. Se sigue según pregesta N° 18.

VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO

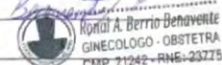
- ☐ El instrumento es aplicable sin modificaciones
☒ El instrumento es aplicable con modificaciones
☐ El instrumento requiere reformulación

VII. FIRMA DEL EXPERTO

Nombre: *Ronald A. Berrio Benavente*

Firma: *Ronald A. Berrio Benavente*

Fecha: *13/03/26*



Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL,
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallarán en la última parte de la ficha

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos
considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigne un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad años	4	4	4	
2. Nivel educativo				
☐ Sin estudios				
☐ Primaria	4	4	4	
☐ Secundaria				
☐ Superior técnico				
☐ Superior universitario				
3. Zona de residencia:				
☐ Urbana	4	4	4	
☐ Rural				
4. Situación conyugal:				
☐ Soltera	4	4	4	
☐ Conviviente				
☐ Casada				
☐ Separada/divorciada				
5. Ocupación:				
☐ Ama de casa	4	4	4	
☐ Estudiante				
☐ Trabajo independiente				
☐ Trabajo dependiente				
☐ Otro _____				
6. ¿Este embarazo fue planificado?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?				
	4	4	4	

7/12/26' *Olivera*
F. DE LA J. OLIVERA
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN

TESTISTA EDUARDO ALBERTO OLIVERA PERAZA

☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)?

☐ Si
☐ No
☐ No tiene pareja

11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo?

☐ Si
☐ No

12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida?

☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

13. Paridad:

☐ Nulipara
☐ Primipara
☐ Multipara

14. Antecedente de aborto:

☐ Si
☐ No

15. Período intergenésico:

☐ < 2 años
☐ ≥ 2 años
☐ No aplica (primigesta)

16. Fecha de última regla (FUR):

17. Registro de CPN

CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas
 CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

12/3/201

TESTISTA EDUARDO ALBERTO OLIVERA PERAZA

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas
 CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas
 CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas
 CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas
 Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

18. Semana de inicio del CPN _____ sem

19. Número total de controles prenatales: _____

20. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados)

☐ Adecuada ☐ Inadecuada

21. Según criterios establecidos

☐ Control prenatal oportuno
☐ Control prenatal no oportuno

V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO

EL INSTRUMENTO ES PERTINENTE A TESTIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO GRUPANO

VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO

☒ El instrumento es aplicable sin modificaciones
☐ El instrumento es aplicable con modificaciones
☐ El instrumento requiere reformulación

VII. FIRMA DEL EXPERTO

Nombre: *Dr. G. HORACIO OLIVERA PERAZA*
 Firma: *[Firma]*
 Fecha: *12/03/201*

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL,
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallarán en la última parte d la ficha

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos
considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigne un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad años	4	4	4	
2. Nivel educativo:				
☐ Sin estudios				
☐ Primaria				
☐ Secundaria	4	4	4	
☐ Superior técnico				
☐ Superior universitario				
3. Zona de residencia:				
☐ Urbana	4	4	4	
☐ Rural				
4. Situación conyugal:				
☐ Soltera				
☐ Conviviente				
☐ Casada	4	4	4	
☐ Separada/divorciada				
5. Ocupación:				
☐ Ama de casa				
☐ Estudiante	4	4	4	
☐ Trabajo independiente				
☐ Trabajo dependiente				
☐ Otro: _____				
6. ¿Este embarazo fue planificado?				
☐ Si	4	4	4	
☐ No				
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?				
☐ Si	4	4	4	
☐ No				
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?				
☐ Si	4	4	4	
☐ No				
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?	4	4	4	

- ☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

4 4 4

10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No tiene pareja

4 4 4

11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo?

- ☐ Sí
☐ No

4 4 4

12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida?

- ☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

4 4 4

13. Paridad:

- ☐ Nullipara
☐ Primipara
☐ Multipara

4 4 4

14. Antecedente de aborto:

- ☐ Sí
☐ No

4 4 4

15. Periodo intergenésico:

- ☐ < 2 años
☐ ≥ 2 años
☐ No aplica (primigesta)

4 4 4

16. Fecha de última regla (FUR):

4 4 4

17. Registro de CPN

CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

4 4 4

CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

4 4 4

18. Semana de inicio del CPN: _____ sem.

4 4 4

19. Número total de controles prenatales:

4 4 4

20. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados):

☐ Adecuada ☐ Inadecuada

4 4 4

21. Según criterios establecidos:

☐ Control prenatal oportuno

4 4 4

☐ Control prenatal no oportuno

V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO

VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO

☒ El instrumento es aplicable sin modificaciones

☐ El instrumento es aplicable con modificaciones

☐ El instrumento requiere reformulación

VII. FIRMA DEL EXPERTO

Nombre:

Firma:

Fecha: 12/03/24

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL,
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallarán en la última parte de la ficha

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos
considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigne un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad: años				
2. Nivel educativo:				
☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior técnico ☐ Superior universitario	4	4	4	
3. Zona de residencia:				
☐ Urbana ☐ Rural	4	4	4	
4. Situación conyugal:				
☐ Soltera ☐ Conviviente ☐ Casada ☐ Separada/divorciada	4	4	4	
5. Ocupación:				
☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Trabajo independiente ☐ Trabajo dependiente ☐ Otro: _____	4	4	4	
6. ¿Este embarazo fue planificado?				
☐ Sí ☐ No	4	4	4	
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?				
☐ Sí ☐ No	4	4	4	
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?				
☐ Sí ☐ No	4	4	4	
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?				
	4	4	4	

☐ ≤ 30 minutos ☐ 31-60 minutos ☐ > 60 minutos	4	4	4
10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)? ☐ Si ☐ No ☐ No tiene pareja	4	4	4
11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo? ☐ Si ☐ No	4	4	4
12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida? ☐ ≤ 30 minutos ☐ 31-60 minutos ☐ > 60 minutos	4	4	4
13. Paridad: ☐ Nulipara ☐ Primipara ☐ Multipara	4	4	4
14. Antecedente de aborto: ☐ Si ☐ No	4	4	4
15. Período intergenésico: ☐ < 2 años ☐ ≥ 2 años ☐ No aplica (primigesta)	4	4	4
16. Fecha de última regla (FUR):	4	4	4
17. Registro de CPN CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas	4	4	4

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas	4	4	4
18. Semana de inicio del CPN: ____ sem.	4	4	4
19. Número total de controles prenatales:	4	4	4
20. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados): ☐ Adecuada ☐ Inadecuada	4	4	4
21. Según criterios establecidos: ☐ Control prenatal oportuno ☐ Control prenatal no oportuno	4	4	4
V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO _____ _____			
VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO ☒ El instrumento es aplicable sin modificaciones ☐ El instrumento es aplicable con modificaciones ☐ El instrumento requiere reformulación			
VII. FIRMA DEL EXPERTO Nombre: <u>Victor Portillo Colao</u> Firma: _____ Fecha: <u>13/03/25</u>			
Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario.			



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FICHA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE
EXPERTOS (COEFICIENTE V DE AIKEN)

FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE DOS CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL,
CUSCO, 2026

Presentado por: Edu Jeampier Quintana Peña

I. DATOS DEL EXPERTO

Se detallarán en la última parte d la ficha

II. INSTRUCCIONES

Estimado especialista:

Se le solicita evaluar los siguientes ítems del instrumento de recolección de datos
considerando los criterios de:

- Claridad: El ítem está redactado de forma comprensible.
- Relevancia: El ítem es importante para medir la variable de estudio.
- Pertinencia: El ítem es adecuado para los objetivos de la investigación.

III. ESCALA DE VALORACIÓN

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Asigne un valor numérico del 1 al 4 según su criterio.

IV. MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ítem	Claridad	Relevancia	Pertinencia	Obs.
1. Edad: años	4	4	4	
2. Nivel educativo:				
☐ Sin estudios				
☐ Primaria				
☐ Secundaria	4	4	4	
☐ Superior técnico				
☐ Superior universitario				
3. Zona de residencia:				
☐ Urbana	4	4	4	
☐ Rural				
4. Situación conyugal:				
☐ Soltera				
☐ Conviviente	4	4	4	
☐ Casada				
☐ Separada/divorciada				
5. Ocupación:				
☐ Ama de casa				
☐ Estudiante	4	4	4	
☐ Trabajo independiente				
☐ Trabajo dependiente				
☐ Otro: _____				
6. ¿Este embarazo fue planificado?				
☐ Sí				
☐ No	4	4	4	
7. ¿Siente temor al examen ginecológico durante el control prenatal?				
☐ Sí				
☐ No	4	4	4	
8. Durante este embarazo, ¿ha consumido bebidas alcohólicas?				
☐ Sí	4	4	4	
☐ No				
9. ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al establecimiento de salud para su control prenatal?	4	4	4	

- ☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

10. ¿Su pareja la apoya durante su embarazo (económicamente, emocionalmente o acompañándola a controles)?

- ☐ Si
☐ No
☐ No tiene pareja

11. ¿Considera que el personal de salud la atiende con respeto, amabilidad y le brinda información sobre su embarazo?

- ☐ Si
☐ No

12. ¿Cuánto tiempo esperó aproximadamente desde que llegó al establecimiento hasta ser atendida?

- ☐ ≤ 30 minutos
☐ 31-60 minutos
☐ > 60 minutos

13. Paridad:

- ☐ Nullipara
☐ Primipara
☐ Multipara

14. Antecedente de aborto:

- ☐ Si
☐ No

15. Periodo intergenésico:

- ☐ < 2 años
☐ ≥ 2 años
☐ No aplica (primigesta)

16. Fecha de última regla (FUR):

17. Registro de CPN

CPN 1: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 2: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

CPN 3: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 4: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 5: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

CPN 6: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

Otros: Fecha _____ Edad gestacional _____ semanas

18. Semana de inicio del CPN: _____ sem

19. Número total de controles prenatales:

20. Distribución de los controles prenatales durante el embarazo (según intervalos recomendados):

☐ Adecuada ☐ Inadecuada

21. Según criterios establecidos:

- ☐ Control prenatal oportuno
☐ Control prenatal no oportuno

4 4 4

4 4 4

4 4 4

4 4 4

V. OBSERVACIONES GENERALES DEL EXPERTO

VI. CONCLUSIÓN DEL EXPERTO

- ☒ El instrumento es aplicable sin modificaciones
☐ El instrumento es aplicable con modificaciones
☐ El instrumento requiere reformulación

VII. FIRMA DEL EXPERTO

Nombre: Edson Pineda Lora

Firma: _____

Fecha: 13/03/26


 N.E. Edson Pineda Lora
 Ginecóloga - Obstetra
 C.M.P. 88884 - R.M. 19182

Muchas gracias por su valiosa contribución a la validación de este cuestionario

ANEXO 4.- Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Método de “V de Aiken”

La validez de contenido del instrumento fue evaluada mediante juicio de expertos, contando con la participación de seis especialistas, entre ellos médicos gineco-obstetras y un experto en metodología de la investigación.

Los ítems fueron valorados en función de tres criterios: claridad, pertinencia y relevancia, utilizando una escala ordinal de 1 a 4 puntos.

Valor	Interpretación
1	No cumple con el criterio
2	Cumple parcialmente
3	Cumple adecuadamente
4	Cumple totalmente

Para cuantificar el grado de concordancia entre los expertos se utilizó el coeficiente V de Aiken, calculado mediante la siguiente fórmula:

$$V = \frac{\sum_{i=1}^n (r_i - l)}{n(c - 1)}$$

Donde:

- r es la puntuación asignada por cada experto
- l el valor mínimo de la escala
- n el número de expertos
- c el número de categorías

Parámetro	Valor
Número de expertos (n)	6
Número de categorías (c)	4
Valor mínimo de la escala (l)	1
Punto de corte aceptado	≥ 0.70

Los valores obtenidos del coeficiente V de Aiken oscilaron entre **0.94 y 1.00**, evidenciando un alto grado de concordancia entre los expertos en los criterios evaluados.

Criterio evaluado	Valor mínimo de V	Valor máximo de V	Interpretación
Claridad	0.94	1.00	Alta validez
Pertinencia	1.00	1.00	Validez excelente
Relevancia	1.00	1.00	Validez excelente

Dado que todos los valores superaron el punto de corte establecido ($V \geq 0.70$), se concluye que el instrumento presenta una **adecuada validez de contenido**, siendo pertinente para su aplicación en la población de estudio.

ANEXO 5.- Consentimiento informado de participación



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN

**FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD DEL CONTROL PRENATAL EN
GESTANTES USUARIAS DE CENTROS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL, CUSCO,
2026**

Código: _____

Presentado por: Bach. Edu Jeampier Quintana Peña

Invitación a participar:

Usted está siendo invitada a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo identificar los factores asociados a la oportunidad en los controles prenatales en gestantes atendidas en establecimientos de salud del primer nivel.

Procedimiento:

Si acepta participar en el estudio, se le realizará una breve encuesta relacionada con aspectos sociodemográficos, personales y de atención durante su embarazo. Asimismo, se revisará la información registrada en su cartilla prenatal con fines de investigación. El tiempo aproximado para completar la encuesta es de 10 a 15 minutos.

La participación en este estudio no representa riesgos para su salud. La información solicitada corresponde a datos generales relacionados con su atención prenatal.

Aunque usted no recibirá un beneficio directo por participar, la información obtenida permitirá conocer aspectos relacionados con el control prenatal y contribuirá a mejorar la atención de las gestantes en los establecimientos de salud.

La información que usted proporcione será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos. Su identidad no será revelada en ningún momento, y los datos serán analizados de forma anónima mediante códigos.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención que recibe en el establecimiento de salud.

Contacto:

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede comunicarse con el investigador responsable.

Declaración de consentimiento:

He leído o me han explicado la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar voluntariamente en este estudio.

Firma o huella digital: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

ANEXO 6.- Autorizaciones para recolección de datos



GERENCIA
REGIONAL DE
SALUD

Red de Servicios
de Salud Cusco
Sur



«Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia»

"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"

PROVEIDO N.º 019-2026-G CS ACLAS SJ-MINSA

A : Bach. Edu Jeampier Quintana Peña

DE : Msc. Clorinda Luque Franco
Gerente De La IPRESS CLAS San Jerónimo

ASUNTO : ACEPTACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

FECHA : 20 de marzo del 2026

Visto el documento presentado por el Bach. Edu Jeampier Quintana Peña, de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad Del Cusco, para la aplicación de un instrumento de investigación en el Centro de Salud San Jerónimo, titulado: **"Factores asociados a la oportunidad en los controles prenatales en gestantes de centros de salud del primer nivel, Cusco, 2026"**.

Esta Gerencia autoriza la ejecución del referido proyecto de investigación en el Centro de Salud San Jerónimo, debiendo el investigador cumplir con las normas éticas vigentes, garantizar la confidencialidad de la información y no interferir en el normal desarrollo de las actividades asistenciales del establecimiento de salud. Asimismo, al finalizar la aplicación del instrumento, deberá presentar los resultados de su investigación a esta Gerencia.

Se expide el presente documento a solicitud del interesado.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD
CLAS SAN JERONIMO
CLAS
San Jerónimo
Msc. Clorinda Luque Franco
DNI 42084961
GERENTE

CC. Archivo IPRESS CLASS.I
P.A.S.E 2026

Central Telefónica: 084-436477-436468 Cel. RPC 990667708
Av. Manco Ccapac s/n al costado de la compañía de Bomberos Distrito de San Jerónimo
CUSCO-PERU



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"Año de la Esperanza y Fortalecimiento de la Democracia"



974563350
GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
Cusco, 16 de marzo de 2026
TRAMITE DOCUMENTARIO
Registro N° 358/2026
Fecha: 17 MAR 2026
Hora: 8:38 P.M. Folios: 09
Firma:

Señor: M.C George Figueroa Concha
Gerente del Centro de Salud Belepampa

Presente.-

Asunto: Solicitud de autorización para recolección de datos de investigación

Yo, **Edu Jeampier Quintana Peña**, egresado de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco con DNI nro. 74087836 y código universitario 192673, me dirijo a usted con el debido respeto para saludarle cordialmente y, a la vez, solicitar autorización para realizar la recolección de datos en el establecimiento de salud que usted dirige.

La solicitud se realiza con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis titulado:

"Factores asociados a la oportunidad en los controles prenatales en gestantes de centros de salud del primer nivel, Cusco, 2026".

La recolección de información consistirá en la aplicación de una encuesta a gestantes que acuden a control prenatal y la revisión de la cartilla prenatal, previa firma del consentimiento informado por parte de las participantes. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos y se garantizará la confidencialidad de los datos.

Por lo expuesto, solicito a usted se sirva autorizar la realización de la recolección de datos en el establecimiento de salud que usted dirige durante el periodo de ejecución del presente estudio, hasta completar el tamaño de muestra requerido.

Adjunto el instrumento de recolección y la resolución emitida por la Facultad de Medicina Humana UNSAAC que aprueba el proyecto de tesis en mención.

Agradeciendo de antemano su atención y apoyo a la investigación académica, quedo de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
Gerencia Regional de Salud Cusco
REO DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE
CENTRO DE SALUD BELEPAMPA

[Firma manuscrita]
[Huella dactilar]

Para: *[Firma]* *[Firma]* *[Firma]* Edu Jeampier Quintana Peña
1.- Ejecutar ☒ 5.- Informe ☐ Bachiller de Medicina Humana
2.- Toma Nota y Archivar ☐ 7.- Acción Inmediata Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
3.- Su Conocimiento ☒ 8.- Preparar Respuesta
4.- Opinión ☐ 9.- Observaciones
Teléfono: 974563350
Correo electrónico: edujeppier15@gmail.com

Observaciones:

FECHA: 17 MAR 2026

FIRMA: